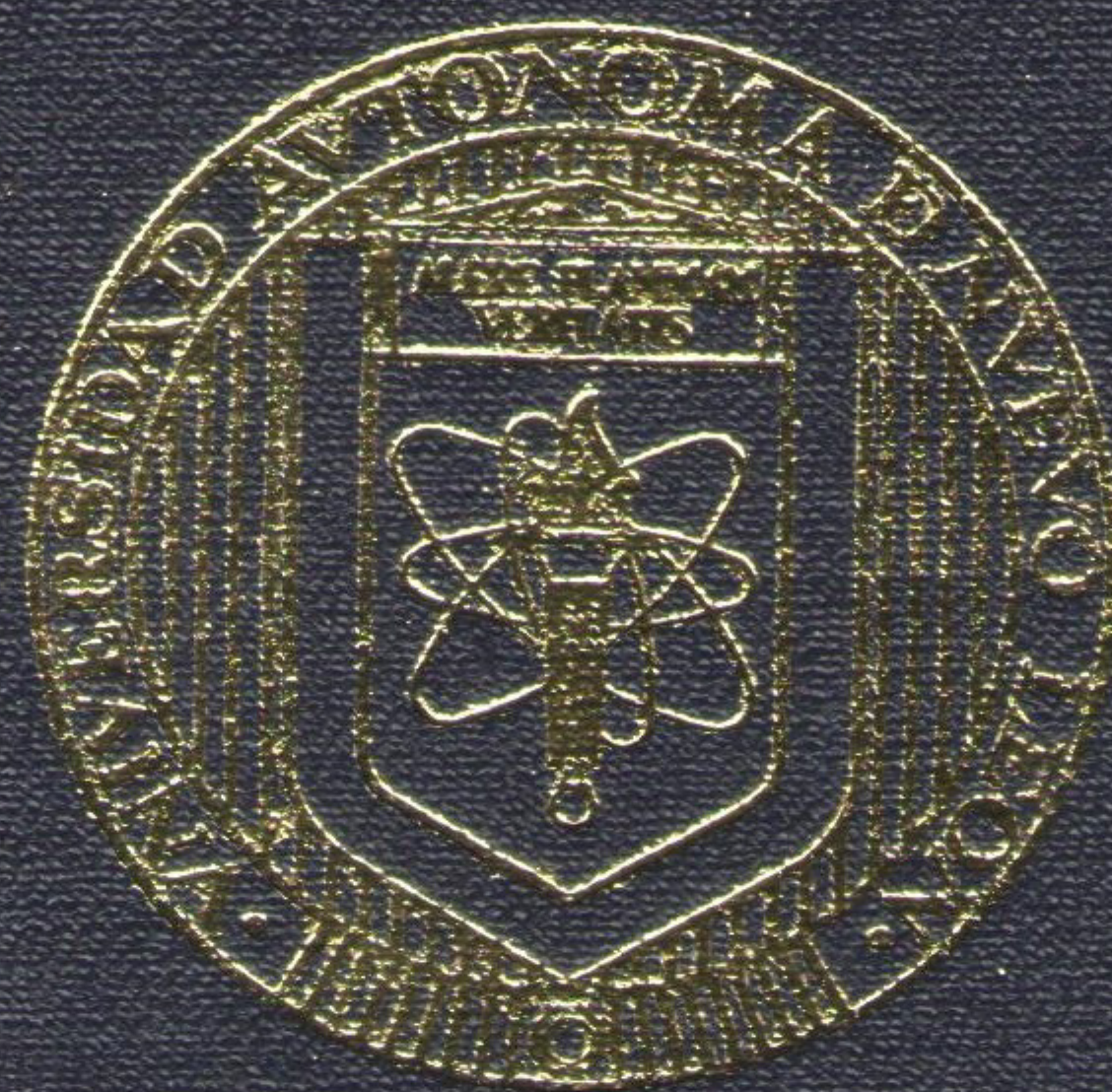


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y  
DESARROLLO HUMANO  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



NIVELES DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR  
Y SU PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

TESIS

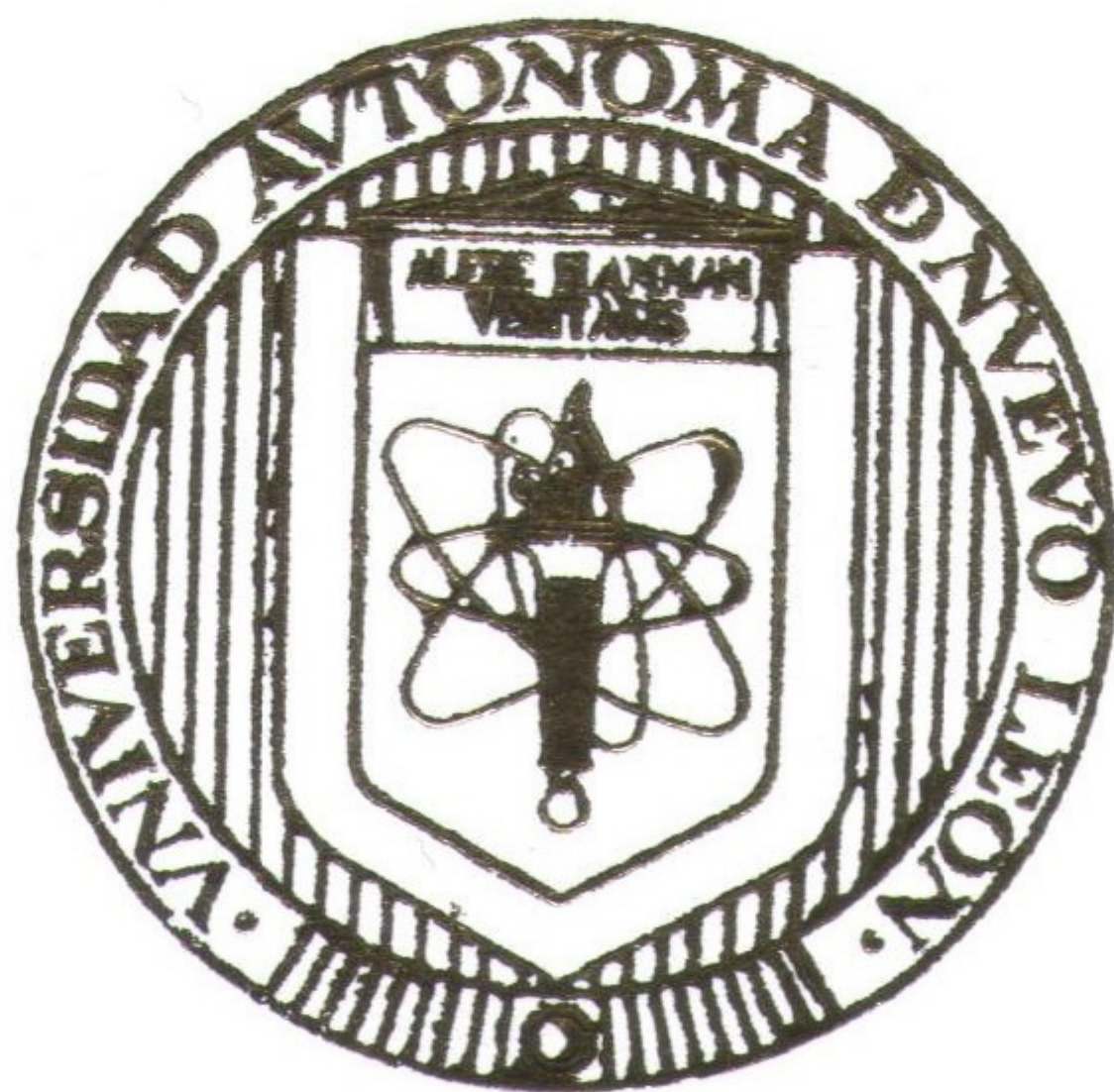
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRIA EN CIENCIAS  
CON ORIENTACION EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA  
JUANA ARACELI APARICIO BRISEÑO

AGOSTO DEL 2008



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y**  
**DESARROLLO HUMANO**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**NIVELES DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR**  
**Y SU PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**

**TESIS**

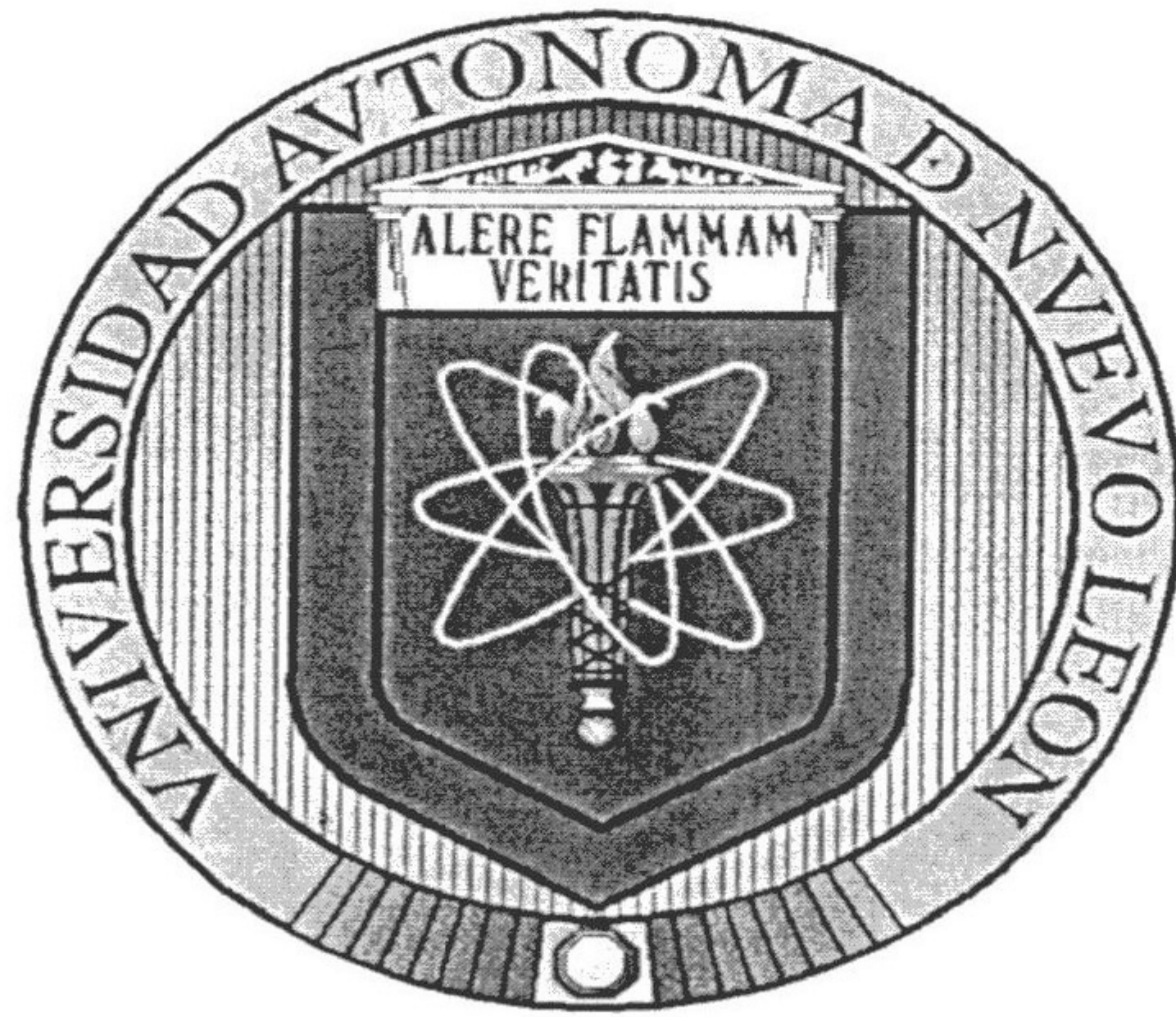
**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE**  
**MAESTRIA EN CIENCIAS**  
**CON ORIENTACION EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA**  
**JUANA ARACELI APARICIO BRISEÑO**

**AGOSTO DEL 2008**



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



NIVELES DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR Y SU PERFIL  
SOCIODEMOGRÁFICO.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA

JUANA ARACELI APARICIO BRISEÑO

AGOSTO DEL 2008





# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Los suscritos miembros de la Comisión de Tesis de Maestría de la  
**Lic. Juana Araceli Aparicio Briseño**  
Hacen constar que han evaluado la Tesis "*Depresión en el adulto mayor: perfil sociodemográfico*" y han dictaminado lo siguiente:

	APROBADO	REPROBADO	FIRMA
Dra. Guillermina Garza Treviño	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MC. Mercedes Villafranca Treviño	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MTS. Ma. Margarita Ramírez González	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En vista de lo cual, hemos decidido APROBAR esta tesis y damos nuestro consentimiento para que sea sustentado en examen de grado de la Maestría en Ciencias con Orientación en Trabajo Social.

Vo.Bo.

Mts. Ma. Teresa Obregón Morales  
Subdirectora de Estudios de Posgrado  
Fac. de Trabajo Social y Desarrollo Humano UANL



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL  
Y DESARROLLO HUMANO  
SUBDIRECCION DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

San Nicolás de los Garza N.L., a 21 de Agosto de 2008

Ciudad Universitaria. C.P. 66451  
San Nicolás de los Garza, Nuevo León  
Teléfono y fax: 83 52 13 09, 83 76 91 77  
Apartado Postal 2811  
fts@mail.uanl.mx

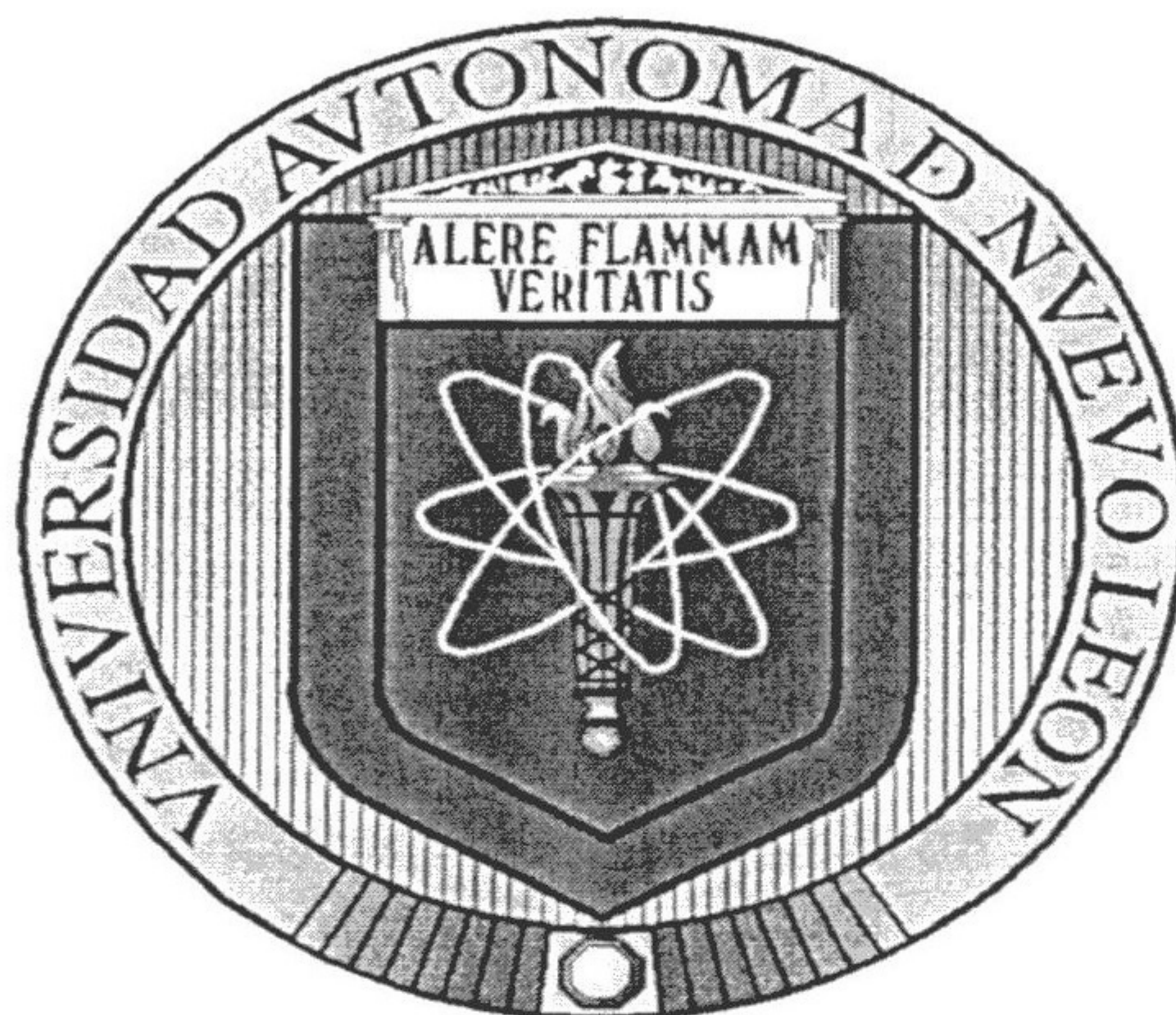


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Aniversario



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



NIVELES DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR Y SU PERFIL  
SOCIODEMOGRÁFICO.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA

JUANA ARACELI APARICIO BRISEÑO

AGOSTO DEL 2008

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GUILLERMINA GARZA TREVIÑO



## INDICE DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica N°1 Niveles de depresión en los Adultos Mayores .....	31
Gráfica N° 2 Edad de los entrevistados.....	32
Gráfica N° 3 Sexo de los entrevistados .....	32
Gráfica N° 4 Asistencia a oficios religiosos.....	33
Gráfica N° 5 Persona (s) con quien vive el adulto mayor.....	33
Gráfica N° 6 Adultos Mayores con diabetes y/o hipertensión o ninguna de estas condiciones.....	34
Gráfica N° 7 Frecuencia de la actividad física en el Adulto Mayor.....	34
Gráfica N° 8 Ingreso económico de los entrevistados.....	35



INDICE DE TABLAS

Pag.

Tabla N° 1 Correlación entre niveles de depresión y edad en los Adultos Mayores.... 36

Tabla N° 2 Correlación entre niveles de depresión y sexo de los Adultos Mayores.... 37

Tabla N° 3 Correlación entre niveles de depresión y espiritualidad de los Adultos Mayores.....37

Tabla N° 4 Correlación entre niveles de depresión y persona(s) con quien vive el Adulto Mayor..... 38

Tabla N° 5 Correlación entre niveles de depresión y diabetes, hipertensión y ninguna Enfermedad en el Adulto Mayor.....38

Tabla N° 6 Correlación entre niveles de depresión y actividad física en el Adulto Mayor..... 39

Tabla N° 7 Correlación entre niveles de depresión e ingreso fijo en el Adulto Mayor .....39



## AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico para la realización de la Maestría y como resultado, esta investigación.

A INAPAM Nuevo León y Comedor Jesús Nazareno, por las facilidades otorgadas para la recopilación de datos que se presentan en este trabajo. Especialmente al Lic. Fernando Ancira Flores y P. José Abramo Torres.

A la Dra. Guillermina Garza Treviño, quien como asesor principal, me brindo valiosos conocimientos. Igualmente a las Master Mercedes Villafranca Treviño y María Margarita Ramírez González miembros de la Comisión de Tesis por sus importantes observaciones y sugerencias para la realización de esta investigación.

A los Adultos Mayores a quienes con su ayuda desinteresada, hicieron posible este trabajo.

Un agradecimiento especial a mi familia, quienes aún en la distancia me brindaron su apoyo incondicional para concluir mis estudios.

A mis amigas Elsa e Irene, porque fueron el impulso, cuando llegaba la nostalgia y el desmayo.

A mis compañeros de grupo por la experiencia y conocimientos compartidos.



## RESUMEN

El proceso evolutivo determinado por la transición demográfica, ha generado el envejecimiento poblacional, provocando una demanda excesiva de servicios que atiendan a este grupo de población.

Este incremento en la esperanza de vida, ha provocado enfermedades degenerativas y de larga evolución como son: la diabetes, la hipertensión, el cáncer, las que se desarrollan en etapas previas al envejecimiento y son determinadas por hábitos y conductas desfavorables para la salud de los Adultos Mayores.

Existe otro padecimiento crónico, motivo de este trabajo como es: la depresión en el Adulto Mayor, que es ocasionada por la situación bio-psico-social, económica y espiritual con que cuenta el individuo.

La depresión es actualmente uno de los mayores problemas de salud en México (López, 2001) que la sitúan en la cúspide de los dolores humanos, y que puede concluir en el suicidio.

El incremento de la enfermedad depresiva se atribuye principalmente a cuatro factores: los estados convalecientes en caso de enfermos crónicos, el aislamiento, el descenso de la actividad productiva/remunerativa y la crisis de identidad que vive el Adulto Mayor. Estos factores exigen la adaptación del Adulto Mayor, ya que el individuo se encuentra privado de lazos con la antigua situación y es difícil para él anclarse a esta nueva etapa de su vida.

En esta investigación se analizó que la frecuencia de la depresión varía según el sexo, edad, la enfermedad que padece, la actividad física que realiza, el ingreso económico, la asistencia a oficios religiosos y las personas con quien vive el individuo.

Los datos utilizados en esta investigación son el resultado de 150 Adultos Mayores entrevistados en Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM) y Comedor Jesús Nazareno de la ciudad de Monterrey Nuevo León, a los que se les aplicó la escala geriátrica para medir la depresión de Yesavage (GDS).

El análisis de datos se llevó a cabo por la prueba Ji cuadrada para efectuar la correlación de las variables. Utilizando el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows.

En cuanto a los resultados: La edad de los entrevistados osciló entre los 60 a los 94 años de edad. El 58% de son mujeres y el 42% hombres. El 55% de los Adultos Mayores entrevistados fueron productivos y actualmente gozan de pensión económica. 48% de la población entrevistada padece enfermedades crónicas como son diabetes e hipertensión.

El 50% de los Adultos Mayores manifestaron estar integrados a familias extensas. Estos individuos en un 50% acostumbran a asistir a oficios religiosos de 1-4 veces a la semana.



En cuanto a su actividad física el 78% no realiza actividad física.

Lo que determinó que el estilo de vida de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, los hábitos alimenticios, el abandono familiar y el sedentarismo, aunado a enfermedades crónico degenerativas, arrojó como resultado que: los Adultos Mayores entrevistados presentaron un nivel moderado de depresión.



## CAPITULO 1.

### Introducción

El aumento de la población de Adultos Mayores a nivel mundial constituye un logro para la práctica médica ya que el avance tecnológico ha ocasionado el incremento de la esperanza de vida. Para Arechiga (1999) el incremento de la población mayor se asocia con el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población.

A nivel mundial, las personas de 60 años o más han pasado de 200 millones en 1950 a 487 millones en 1990, y se espera que para el año 2020 superen los mil millones, de Adultos Mayores (Anzola, 1994).

Ante este logro científico y desafío social, denominado transición demográfica, es donde los adultos mayores que reciben pensiones y que necesitan cuidados de salud importantes ira aumentando notablemente. Es por estó que los gobiernos registran debates sobre la inversión económica y muestran su incapacidad para brindar atención a este sector de la población (Kinsella, 1994).

Los demógrafos utilizan el término transición demográfica para referirse al proceso gradual mediante el cual una sociedad pasa de una situación de fecundidad alta a una mortalidad baja (Aréchiga, 1999) lo que genera un aumento en la esperanza de vida, con modificaciones significativas en la pirámide poblacional

Este cambio se caracteriza primero por la disminución en la mortalidad neonatal y de la niñez a medida que se erradican las principales enfermedades infecciosas y parasitarias, descende la fecundidad donde las tasas de mortalidad continúan mejorando dando como resultado el envejecimiento poblacional.

Reyes (2002) indica que en México el crecimiento de la población de 65 años y más ha sido muy marcada, pasó de menos del 1 % anual en 1960 al 4% en 1990 y se ha mantenido este porcentaje hasta la fecha. Ham-Chande (1996) por su parte manifiesta que la población mexicana crecerá rápidamente en números absolutos y que para el año 2030, 15.2 millones de individuos tendrán 65 y más años.

En nuestro país los Adultos Mayores han aumentado considerablemente en los últimos años. En la década de los 40s los Adultos Mayores constituían el 5.5% de la población, para 1996 aumentan al 6.4% y se estima que para el año 2020 constituirán el 11.6% de



la población nacional (CONAPO, 1995). En el año 2000 en todos los estados de la República Mexicana registraron un importante crecimiento en la población Adulto Mayor. Los estados con crecimiento significativo fueron: Zacatecas, Oaxaca y Veracruz, cada uno con 1.2 puntos porcentuales. En lo que respecta al Edo. de Nuevo León, en el año 1990, se tenía un porcentaje del 4.0 de población Adulto Mayor y para el 2000, se incrementa al 4.8 puntos porcentuales. Para el año 2003, la población total del Estado de Nuevo León fue de 3. 834.141 habitantes, entre los que se cuentan 274.873 de Adultos Mayores. Tan solo en la Ciudad de Monterrey, que tiene 1.110.997 de habitantes, hay 110.235 personas que pertenecen al grupo de 60 años y más (INEGI, 2000).

A principios del siglo XX, en Estados Unidos de América (E.U.A.) la esperanza de vida no había llegado a los 50 años y había tres millones de personas con más de 65 años de edad. En México los índices de (CONAPO, 1990) señalan que en 1950, se tenía una esperanza de vida de 46.9 años, para el año 1990 se incremento el tiempo de vida a 70.6 años, y se espera que para 2020, se llegue a los 76.5 años.

Los avances en la Salud Pública, así como las mejoras en las condiciones de vida, la higiene y la medicina, en general, han hecho que disminuya la natalidad y que la esperanza de vida aumente, y ahora en nuestro país se alcanzan los 75.2 años como esperanza de vida. (CONAPO, 2004) y para el Estado de Nuevo León la esperanza de vida ha llegado a los 76.1 años (INEGI, 2003).

Este incremento en la esperanza de vida, es uno de los logros más notables en el avance de los conocimientos biomédicos en cuanto a los procesos de salud-enfermedad. Es así que la población de Adultos Mayores, se esta incrementando, lo que acarrea demandas en la atención biológica, psicológica y social.

Al encarar tal envejecimiento demográfico, Anzola (1994) señala que existen cuatro grupos de alteraciones asociadas al envejecimiento. 1) Los problemas relacionados con las pérdidas afectivas, que son más frecuentes en la vejez que en otra etapa de la vida, y que llevan al individuo a reacciones de duelo. 2) Trastornos físicos incluyendo deficiencias sensoriales. 3) Trastornos cerebrales orgánicos, en los que se encuentran las demencias seniles. Y los 4) Trastornos mentales, como la depresión.

Si se tiene en cuenta la frecuencia como el amplio abanico de pérdidas afectiva que se producen en la vejez, no es extraño que la depresión sea el trastorno mental más habitual de los Adultos Mayores, como indica Anzola (1994). Es por lo tanto que la instauración de sintomatología depresiva es casi inevitable, y estas pérdidas son elementos que incitan el desencadenamiento del trastorno depresivo en el Adulto Mayor.

Esta investigación tiene como propósito la identificación de los niveles de depresión y su correlación con variables sociodemográficas que implican a los Adultos Mayores.



### 1.1. Planteamiento del Problema

El incremento en la esperanza vida en el ser humano, lleva como contrapartida el aumento de la fragilidad bio-psico-social que modela y condiciona la presencia de factores de riesgo y enfermedades en las personas mayores. García (2003).

Arechiga (1999) refiere que hay dos procesos que complican el curso del envejecimiento y que son contribuyentes a la vulnerabilidad del Adulto Mayor como son: a) El cambio de estructura tradicional de la familia y el b) El síndrome de invisibilidad. Donde la dinámica social implica el trabajo de la familia fuera del hogar y por ende el Adulto Mayor vive en soledad. El síndrome de invisibilidad surge cuando la familia y la sociedad dan la espalda a las necesidades económicas, físicas y psicológicas del Adulto Mayor. Por lo que la sensación de no existir para los demás tiene graves consecuencias en el estado de ánimo del individuo lo que conduce a un cuadro depresivo. Considerando que la depresión constituye un problema sanitario y social frecuente, este padecimiento es la enfermedad psiquiátrica más recurrente en cualquier edad, pero con mayor impacto en el Adulto Mayor, en quien se considera como una respuesta normal del envejecimiento.

El presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Dr. Juan José López Ibor señala que: el problema de la depresión se ha incrementado, y se vislumbra que para el año 2020, la depresión será la primera causa en la disminución de actividad en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo (López, 2001).

Esta enfermedad afectiva puede ser silenciosa, la depresión puede aparecer como apatía e inercia, o es posible interpretarla como parte natural de la debilidad y el malestar asociados con la enfermedad física. A menudo los Adultos Mayores se quejan de dolor o malestar físico y niegan la depresión que puede constituir un problema aún más grave.

En el Adulto Mayor deprimido pueden encontrarse trastornos corporales sin un origen orgánico, considerados trastornos funcionales, en virtud de que la enfermedad depresiva se asocia con molestias físicas puede no ser identificada e incluso considerarse en algunas de sus manifestaciones como lo normal, tal como acontece en los cambios de humor, en las actitudes hostiles o bien en la confusión mental. Lo que conduce a constantes recorridos por los servicios médicos que pueden dificultar el diagnóstico oportuno.

Loo (2001) menciona que la depresión se caracteriza al principio por un cambio radical del humor, que puede visualizarse como tristeza, este sentimiento se distingue por su duración y su capacidad de infiltrarse en el conjunto de la vida mental y repercutir sobre todo el comportamiento y romper con la vivencia emocional habitual del adulto mayor. Para este individuo que vive la depresión, manifiesta sentimientos de impotencia, fracaso y debilidad, como una cara que hay que ocultar lo más posible, en las situaciones de depresión grave ellos expresan ideas de indignidad y de incurabilidad que conducen a una lógica de suicidio.



Al respecto Ruipérez (1998) manifiesta que es un trastorno que se diagnostica poco y tarde, entre otras razones porque la persona mayor que la padece rara vez busca ayuda médica- psicológica y cuando lo hace muchas veces cuesta detectarlo al presentarse bajo diferentes quejas físicas inespecíficas y otras como irritabilidad, intolerancia y aislamiento social. Estas manifestaciones son atribuidas en un principio a otras causas. Lo que retrasa el diagnóstico, hace que el paciente acuda constantemente a consultar, haciendo costosa la atención médica y retrasando el diagnóstico depresivo.

Este padecimiento es multicausal entre otros se pueden citar: la vida agitada de las sociedades urbanas, las presiones económicas, la falta de empleo, los cambios en la estructura familiar que han desvirtuado la posición del anciano, la calidad de las condiciones de alojamiento y de apoyo social son contribuyentes para el riesgo depresivo en el individuo. En generaciones anteriores y en sociedades más estables, los adultos mayores contaban con el apoyo de la familia extensa, visión que aún en los países subdesarrollados tiende a derrumbarse. (Lorraine, 1986).

Por la importancia que merece la atención especializada y oportuna de este sector de la población se plantea el siguiente objetivo.

## **1.2. Objetivo**

Identificar el nivel de depresión en un grupo de Adultos Mayores que acuden al INAPAM y al Comedor Jesús Nazareno y conocer su correlación, con las variables: Edad, Género, Enfermedad física, Ejercicio físico, Ingreso económico, Asistencia a oficios religiosos y Persona (s) con quien vive el Adulto Mayor.



## CAPITULO 2.

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Vejez

Los seres humanos consideramos la edad como sinónimo de vejez, sin embargo la edad solo es un parámetro en el tiempo, existen personas que llegan a los 60 años y mantienen condiciones biopsicosociales que les permite seguir activos. La edad es un elemento que se destina para definir quien es Adulto Mayor de quien no lo es.

En 1982, la declaración de la Organización de Naciones Unidas (ONU) considera que el Adulto Mayor es aquella población de 60 años y más. En México, hasta el año 2000 se emite la Ley General para la Protección del Adulto Mayor, donde coincide con el concepto de esta población que se origino en la ONU, dicha ley define a los Adultos Mayores como: aquellos hombres o mujeres cuya edad es de 60 años o más. Población a la que también se le denomina de la Tercera Edad. Anzola (1994) señala que el término tercera edad nace a mitad del siglo XIX en Francia para caracterizar a las personas de edad avanzada, jubiladas o pensionadas con baja productividad y bajo consumo.

La denominación Tercera Edad tambien es identificada socialmente por la llegada de los nietos, ocasionando la tercera generación en una familia. (Stassen, 2001)

Arechiga, (1999) proporciona otra definición para referirse a este sector de la población es la aportación de quien indica que una Persona Mayor es aquella que se encuentra jubilado (a) y, por lo tanto deja de ser considerado como un sujeto productivo; esto por lo regular, sucede después de los 65 años en los hombres y de los 60 en las mujeres.

Stassen (2001), indica que para mostrar la variedad y facilitar una visión de la vejez, los gerontólogos ven una diferencia entre el Adulto Mayor joven y el Adulto Mayor senil, diferencia que no se basa exclusivamente en la edad, sino en características relacionadas con la salud y con el bienestar social. Los del primer tipo, por lo general son personas sanas y enérgicas, están bien integrados a la vida socio-familiar. Al segundo grupo pertenecen los que padecen deficiencias físicas, mentales o sociales graves, que requieren servicios médicos y asistencia familiar.



La literatura sobre Adultos Mayores revela, varios términos al referirse a la persona mayor, como son. Adulto mayor, anciano, longevo, persona de edad avanzada, senecto, viejo. En esta investigación se utiliza el término Adulto Mayor como sinónimo de todas las connotaciones anteriores y que es referente a una misma realidad existencial.

### 2.1.1 Envejecimiento

Envejecer es un proceso natural, Arechiga (1999) señala que éste es inherente a la finitud biológica del organismo humano, condición que experimentamos los individuos desde el nacimiento, este proceso es impreciso cambia de una persona a otra y se determina en base al estilo de vida, al nivel económico, educativo y social.

Para considerar la etapa de envejecimiento es preciso tomar en cuenta que la edad biológica es distinta de la edad cronológica, por lo que es necesario examinar el envejecimiento en su desarrollo biológico.

En cuanto a los cambios biológicos el envejecimiento Anzola (1994) señala que esta etapa es considerada en términos de déficit y de involución, donde el organismo experimenta desgaste, y se refleja la temporalidad de los seres vivos. La tendencia del modelo médico tradicional es equiparar envejecimiento con discapacidad, esta consideración convierte el futuro del Adulto Mayor en un menoscabo progresivo e inevitable, donde se transmite una actitud fatalista de desánimo y temor frente a una situación que se define como de decadencia inexorable.

Al respecto Carbal (1980) indica que el envejecimiento es un proceso de declinación que se produce sin pausa y transita en silencio, por lo general después de los 60 años, aunque algunas personas lo sufren antes de esa edad. Los efectos de ese proceso se reflejan a nivel de sistema nervioso, trastornos vasomotores, en la piel, en las glándulas sudoríparas, temblores involuntarios y austeridad mental.

Es necesario señalar que las enfermedades crónico degenerativas son las más recurrentes en este periodo de la vida, Arechiga (1999) indica que estas son las formas de decrepitud vascular, en las que se incluye la hipertensión, los problemas coronarios o renales, la diabetes, el cáncer, la bronquitis, la osteoartritis y las alteraciones mentales, Por otro lado las limitaciones físicas disminuyen la actividad de los ancianos, entre estas puede citarse; problemas auditivos y de la visión, los que llevan al Adulto Mayor a un estado de aislamiento, que en algunos casos y dependiendo de la personalidad de cada individuo, puede ocasionar alteraciones emocionales como es la depresión. (Durante; 2001).

Otra faceta importante en el proceso de envejecimiento es el aspecto social que abarca todos los elementos que construyó el individuo durante su vida, desde la infancia hasta la edad adulta, esto constituye las redes sociales que le permiten en la vejez mantener un equilibrio emocional, al carecer de estas redes el individuo se aísla, el hermetismo y la inmovilidad, puede ocasionar desequilibrio emocional.



El primer impacto social al que se enfrenta el Adulto Mayor es la jubilación, que exige un proceso de adaptación a esta nueva situación., se produce un importante cambio de roles y las pérdidas más significativas como son: la laboral y la falta de comunicación con sus amistades. Estas situaciones lo conducen al aislamiento social, ocasionando neurosis, depresión, llegando a las demencias. Durante (2001)

En cuanto a los cambios psicológicos en el proceso de envejecimiento, Simón (1993) ha observado que la memoria es una de las capacidades que se ven afectadas, la memoria primaria, entendida como almacén transitorio de la información, con una capacidad limitada y considerada el centro de la atención consciente. La memoria secundaria, constituye el acopio de información permanente con una capacidad ilimitada, y a la que se transfiere la información procedente de la memoria primaria. Conforme avanza la edad, la memoria se afecta generalmente, es la memoria reciente la que resulta más afectada mientras que el recuerdo del pasado remoto muchas veces inalterado e incluso puede verse aumentado. Como resultado el Adulto Mayor puede recordar con facilidad lo que ocurrió hace cincuenta años que algo que sucedió el día anterior.

Al considerar las condiciones individuales de los Adultos Mayores para que se presenten afecciones psicológicas, se encontró que la neurosis puede tomar varias formas, entre las que se ubica la depresión, este padecimiento representa un resquebrajamiento en las defensas del individuo ante situaciones difíciles. (Blanck, 1988)<sup>1</sup>

## 2.2 Depresión

Loo (2001) señala que la historia de la depresión comienza con el modelo humoral de la melancolía descrito por Hipócrates cinco siglos antes de Cristo, Hipócrates señalaba que el exceso de bilis negra actuaba sobre el cuerpo y el alma de los enfermos produciendo un estado de tristeza y abatimiento. Su legado aún aparece en estas frases: el humor negro del deprimido o verlo todo negro.

El mismo autor refiere que en la Edad Media a menudo se confundían el humor depresivo y la influencia diabólica, eran fácilmente consideradas un castigo directo del pecado, y se solicitaba la intervención de los eclesiásticos sobre el origen espiritual o satánico de la depresión. Este precepto persistirá, en la cultura occidental, en el corazón mismo de la problemática depresiva. Loo (2001). Menciona también que en 1819 el alienista francés Jean Étienne Dominique Esquirol habla de lipemanía, como sinónimo de melancolía, él fue el primero en describir la lipemanía como una verdadera entidad nosográfica (descripción y clasificación metódica de las enfermedades).

Fue en 1854 que el término depresión, aparece para definir literalmente un descenso del nivel de los afectos, fue introducido en el lenguaje médico por el alienista francés Jules Gabriel Francois Baillarger. En los años cincuenta Jean Delay propuso una teoría subcortical de los trastornos de humor, donde la depresión fue relacionada con la

<sup>1</sup> Blanck, F. (1988). *La vida el tiempo y la muerte*. México. Edit. Fondo de cultura económica. Citado en Arechiga, H. (1999).



perturbación de una función cerebral moduladora del humor, una especie de termostato humoral (Loo, 2001).

Para Wolman, la depresión se manifiesta con sentimientos de impotencia, desesperanza, ineficacia y tristeza. Pueden ser sintomáticos de varios trastornos no manifiestos.

Zax (1983) menciona que la conducta Depresiva se caracteriza por una actividad por debajo de lo normal y el sentimiento de que es poco aquello que vale la pena o es interesante. Esto se presenta ya que no sigue recibiendo refuerzos para la conducta típica de la persona. El autor agrega que la persona deprimida en algunas ocasiones obtiene simpatía, atención y afecto de los demás a causas de sus síntomas, y estos refuerzos ayudan a mantener el trastorno.

Por lo tanto la depresión es una consecuencia de la acción conjunta y difícilmente deslindable de la herencia, la situación personal, la historia de los conflictos neuróticos y humanos, la enfermedad corporal, las condiciones histórico- sociales, las vivencias, los hábitos y el funcionamiento del organismo, por lo tanto no es una enfermedad de tipo monocausal. Hornstein (2006).

### **2.3. Teoría biológica de la depresión**

La Organización Panamericana de la Salud (1994) señala que las enfermedades mentales tienen una prevalencia elevada en las etapas de la vida incluso en la edad avanzada. A finales de 1990, la OMS, reportó que en el mundo existen, aproximadamente cien millones de personas que sufren alguna forma clínica de depresión, de las cuales un 20% son individuos mayores de 60 años. Heinze, G. (2005). Langarica (1986) menciona que alrededor de 6 u 8% de los individuos depresivos enferman por primera vez en edades superiores a los 60 años.

La OPS hace referencia que el 15% de los Adultos Mayores residentes en varias comunidades en el mundo manifiestan síntomas depresivos.

Otra aportación de Loo (2001) señala que las enfermedades depresivas son males psíquicos, que ocupan el tercer lugar después de las fobias y del abuso o dependencia alcohólica. Existe el riesgo de que en el futuro las cifras de adultos mayores que padecen depresión se incrementen, esto en relación con el efecto de la atención médica y el incremento en la esperanza de vida.

#### **2.3.1. El sistema endocrino y la repercusión en la enfermedad depresiva**

Por ser el Adulto Mayor el eje de esta investigación se analiza el sistema endocrino para entender el deterioro neuroquímico cerebral que ocurre en la enfermedad depresiva.

Loo (2001) señala que el cerebro esta formado por cien millones de células cerebrales denominadas, neuronas cerebrales. La función de cada una de estas neuronas es la de



transmitir información de un conjunto de neuronas a otro por medio de corriente eléctrica, esta circula de una neurona a otra, en los espacios que existen entre ellas (sinapsis) por medio de un proceso químico, liberando una sustancia llamada neurotransmisor, que es la encargada de emitir toda información. Esos neurotransmisores se encuentran distribuidos en todo el organismo, pero en la depresión su importancia radica a nivel cerebral.

Los receptores cerebrales (monomanías) son estructuras de naturaleza proteica, genéticamente reguladas. La biología molecular permite precisar su estructura. La modificación del número o de la densidad de esos receptores puede ser la base de una vulnerabilidad a la enfermedad depresiva.

Alonso (1988) indica que los neurotransmisores tienen un papel fundamental en el funcionamiento cerebral y a medida que avanza la edad, disminuye la tasa de neurotransmisores en el cerebro. Esta disminución en las catecolaminas alcanza un porcentaje entre el 5 y el 40 % de un total del 100%, mientras que en las indolaminas se mantiene su proporción. Todos estos cambios dan como resultado un claro sentido predepresivo. En este proceso neuroquímico se unen datos como el empobrecimiento en la masa neuronal, las modificaciones en las sinapsis y las alteraciones vasculocerebrales, para concluir que el adulto mayor, en sus aspectos biológicos es un individuo predepresivo.

Por otra parte Loo (2001) señala que la teoría endocrina explica el origen de las depresiones y estas son: las anomalías de estructura o de funcionamiento de los elementos celulares situados antes de los receptores, en el nivel de sistemas que permiten la transformación de la señal química en señal eléctrica, llamados sistemas de transducción. La mayor parte de las enfermedades endocrinas (alteración de la glándula tiroides, de las suprarrenales o de la hipófisis) pueden estar acompañados de estados depresivos o de excitación en un momento determinado de su evolución.

Breton (1997) coincide con Loo (2001), en que algunas enfermedades en las que se sabe que hay un problema con el control correcto de las hormonas, como trastornos tiroideos, tienden a mostrar síntomas de depresión. Resulta entonces que la función hormonal cuyo equilibrio es incorrecto está relacionado con la depresión.

Breton (1997) indica que estas alteraciones hormonales se les atribuyen frecuentemente a las mujeres ya que estas se deprimen más a menudo que los hombres, y la mayoría de ellas saben que tienden a sentirse deprimidas en el climaterio y la menopausia. Agrega el autor que esto no es exclusivo de las mujeres, ya que aunque las estadísticas reflejen que las mujeres sufren más trastornos depresivos, son las más dadas a reconocer que los sufren. Anteriormente los hombres no solicitaban ayuda ante episodios depresivos ya que de ellos se esperaba que resistieran, pero actualmente ellos acuden a consulta médica en espera de resolver su depresión.

Otro argumento para que ocurra la depresión es el que señala: que en la mayoría de los Adultos Mayores depresivos, existe una complicación con otras enfermedades crónicas como son: hipertensión, trastorno cerebrovascular, cardiopatía, diabetes, hepatopatía, y neoplasia. Alonso (1988)



Warner (2003) afirma también que: existen varias razones por las que la enfermedad física y la depresión se den juntas, ya que es de esperar que el Adulto Mayor enfermo tenga sentimientos de tristeza, ansiedad o fatiga como reacción al dolor, a la discapacidad, o a la conciencia de la enfermedad. En ocasiones estos sentimientos son severos y prolongados que pueden crear una depresión. Además que los síntomas de la depresión pueden ser una consecuencia directa de la enfermedad o un efecto secundario de la medicación.

## **2.4 Teoría psicológica de la depresión**

### **2.4.1. Teoría cognoscitiva.**

Loo (2001) señala que el proceso cognitivo es el conjunto de procesos que efectúa el cerebro, la función similar a una computadora, trata, recibe y analiza las informaciones y responde a ellas de forma verbal y conductual. Por lo que cognición nos remite a la atención, la vigilancia, la memoria, el aprendizaje, la comprensión y las facultades de adaptación. El tratamiento de la información le permite al individuo, analizar la información que recibe y elaborar por si mismo su conclusión. En esta amplia función se encuentra la base de la interpretación cognoscitivista por la que se presenta la enfermedad depresiva.

Alonso (1988) señala que el trastorno cognoscitivo y la depresión marchan juntos, la distorsión cognitiva como pretende la teoría cognoscitiva juega un papel importante en la enfermedad depresiva, no cabe duda que en el Adulto Mayor cobra su máxima expresión, en forma de errores perceptivos, distorsiones informativas y alteraciones en los procesos de autoevaluación. Agrega que la vulnerabilidad individual del Adulto Mayor para que se presente la depresión puede estar dada por la distorsión cognitiva sistemática que esta presente en esta edad.

Loo (2001) indica que los Adultos Mayores deprimidos presentan esquemas de pensamiento inconscientes, depresógenos, que filtran la información dando preferencia a los aspectos negativos de las experiencias vividas. Es un proceso impregnado de pesimismo o de imágenes negativas que afectan tres dominios: el propio sujeto (no valgo nada), su medio (todo va mal) y el porvenir (no hay esperanza). Estas imágenes negativas constituyen el indicador específico de la enfermedad depresiva, que se encuentra en el origen de la tristeza, de la lentitud y de la inhibición, los individuos deprimidos refieren dificultades intelectuales que afectan su capacidad de atención, concentración, razonamiento lógico, comprensión y de memoria. Aunado a la lentificación, la angustia, la falta de motivación y de cooperación; todo esto obstaculiza las capacidades cognitivas del Adulto Mayor deprimido.

### **2.4.2. Niveles de depresión**

La clasificación aceptada por la comunidad médica a nivel internacional donde se marcan los criterios para identificar la depresión, son la Clasificación Internacional de



Enfermedades (CIE-10) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV).

Existen tres niveles de depresión señalados en el CIE-10, (DSM-IV, 1994) donde se indica que: el individuo que presenta una Depresión leve puede manifestar cualquiera de estos síntomas: decaimiento de ánimo, disminuye su energía y actividad, se deteriora su capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, frecuentemente manifiesta agotamiento y perturbaciones del sueño, disminuye el apetito. Decae la autoestima y por tanto la confianza en si mismo, presenta ideas de inutilidad y sentimiento de culpa.

Estos pueden acompañarse de síntomas somáticos, como pérdida del placer y sentimientos placenteros, por las mañanas se observa empeoramiento del cuadro, es marcado el retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido y se caracteriza por mantener un estado anímico deprimido. La persona en esas condiciones mostrará menos interés por cosas que normalmente le interesan o le gustan, sigue haciendo su vida normal, como ir a trabajar o cuidar a la familia y sólo se le verá desanimada. Sin embargo tenderá a hacer estas cosas de forma menos concienzuda que antes, o se disponga al tener la impresión de que no las hace tan bien como debería hacerlas porque se siente demasiado cansada.

La Depresión moderada contiene más síntomas de los que se encuentran en la forma leve y generalmente estos síntomas son más obvios. Puede que al enfermo le resulte muy difícil continuar haciendo su trabajo o las tareas cotidianas y es muy probable que las abandone.

La Depresión grave; es probable que la persona que padezca de esta clase de depresión no actúe de un modo que sea digno de confianza. Tenderá a carecer de todo deseo de hablar con los demás o de cuidarse. Puede que se muestre muy inquieta y agitada en general, pero no hará nada constructivo. Todos sus movimientos carecerán de sentido.

En algunos casos la sensación de no valer nada y el asco que la persona se inspira a sí misma pueden llevarla a oír voces. Estas voces le dicen que no es apta para tal o cual cosa, o que ha hecho cosas terribles. Las personas que se encuentran en este estado no pueden realizar actividades de la vida cotidiana.

Una complicación importante que se presenta con los trastornos depresivos es que cuanto más serios son sus síntomas, menos capaces son los enfermos de motivarse a sí mismos y hacer algo para resolver el problema. En cambio, los que sólo sufren una forma leve del trastorno son propensos a pensar que están dando mucha importancia a algo que en realidad no la tiene y que deberían tratar de sobreponerse. A causa de ello, tampoco las personas buscan la ayuda que necesitan. (Breton, 1997)

Otra tipología es la otorgada por Reichel (1981: 104) quien señala que las enfermedades depresivas se pueden agrupar en dos tipos generales. El primero es el cuadro clásico de la depresión endógena, que es similar desde el punto de vista clínico al trastorno maniaco-depresivo. Las características de estas depresiones incluyen el retardo psicomotor, sentimientos de culpa, el menoscabo hacia sí mismo. Ideas hipocondríacas y a veces ilusiones somáticas. Existe una variación diurna en el estado



de ánimo produciéndose la peor depresión por la mañana. El segundo tipo incluye las depresiones neuróticas, con una perturbación emocional menos profunda. Estas depresiones constituyen a menudo una reacción ante una enfermedad física o una tensión o privación de carácter social o económico. A diferencia de las depresiones endógenas, estas últimas no ponen de manifiesto una evidente variación diurna del estado de ánimo.

Para poder identificar con oportunidad este padecimiento y poder contribuir a la atención terapéutica inmediata se eligieron dos clasificaciones de depresión, teniendo en cuenta que al considerar la depresión en el Adulto Mayor se trabaja inicialmente con los siguientes aspectos: El primero es la condición psicosocial donde se presenta la disminución de actividad física, psíquica, la muerte de amigos, familiares y declinación socioeconómica.

El segundo es la esfera somática, con frecuencia coexisten múltiples lesiones que significan a su vez diversos tratamientos, esto implica considerar variables farmacológicas y económicas adicionales al decidir el tratamiento de la depresión.

En el CIE-10 se marca como características de un episodio depresivo, tanto para casos leves, moderados o severo; La enfermedad depresiva puede ser calificada como leve, moderada o grave de acuerdo a la cantidad y gravedad de los síntomas. SSA (2005)

Por otro lado en el DSM-IV los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivo mayor, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: Trastornos del estado de ánimo debido a una enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante, el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, presentan cambios de apetito, de peso del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de culpa, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado. En algunos casos la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser manifestada en la entrevista.

En cuanto a la pérdida de interés por sus actividades, la familia nota el aislamiento social y el abandono por sus aficiones. El apetito disminuye y muchas personas tienen que esforzarse por comer. Otros en cambio ven incrementado su apetito con preferencia por las golosinas y postres.

La alteración del sueño; hace referencia al insomnio. Este síntoma es por lo que las personas acuden al médico en busca de tratamiento. Los cambios psicomotores incluyen agitación, dificultad para permanecer sentado, frotarse las manos constantemente, y en casos extremos mutismo.



La falta de energía es la manifestación de fatiga y cansancio. El sentimiento de inutilidad o de culpa implica evaluaciones negativas de la persona o sentimiento de culpa por errores pasados. Muchas personas refieren una capacidad disminuida para pensar, se distraen con facilidad y suelen quejarse de falta de memoria.

En estos individuos son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas van desde la constante creencia de que los demás estarían mejor él no estuviera. (DSM -IV. 1994: 326).

### **2.4.3. Factores de riesgo de la depresión**

#### **2.4.3.1. Individuales**

Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a que algunas personas sean más propensas a sufrir depresión que otras., Breton (1997) menciona que el sexo es uno de los predisponentes para que se presente un episodio depresivo, y señala que las mujeres son más propensas a sufrir esta enfermedad que los hombres. La mayoría de las mujeres son conscientes de que sus propios cambios hormonales pueden hacerlas más susceptibles en el periodo de la menopausia.

El autor antes señalado refiere que la herencia es un factor predisponente, ya que los parientes cercanos de personas que sufren depresión tienen más probabilidades de padecer la enfermedad que otras. Se menciona que de las personas sin ningún historial familiar de depresión, sólo una de cada cien sufrirá este trastorno y si tiene un historial familiar de depresión, una de cada cinco padecerá esta enfermedad. Breton (1977) indica que los Adultos Mayores, son especialmente susceptibles a la depresión, sobre todo si pierden la autoestima. Puede que empiecen a considerarse inútiles, a pensar que son una carga para la sociedad y para su familia. Puede ser que sus amigos íntimos mueran antes que ellos. Por lo que la soledad y la pérdida de propósito en la vida hacen a los Adultos Mayores se muestren vulnerables a la depresión.

El entorno, hace referencia al papel que interpretan las situaciones en que se encuentran las personas: su empleo, su hogar, sus relaciones. Si alguna de ellas no es satisfactoria hará que el individuo se sienta todavía peor y que le resulte más difícil pensar positivamente con el fin de ayudarse a mejorar (Breton, 1977). Las actividades para la autoayuda en el Adulto Mayor son la actividad física y la espiritualidad.

La actividad física actúa como protector para que se desarrolle la depresión, en un estudio realizado por Clark (1997) efectuado con un grupo control, entre los que realizan ejercicio y los que no lo hacen, se encontraron beneficios con significancia estadística como son: mejoría del estado funcional global, mayor satisfacción de vida, mayor vitalidad, menos limitaciones atribuibles al estado de ánimo.

En cuanto a la asistencia a oficios religiosos, estudios realizados por Geist (1977), se observó que existe una relación entre la adscripción a un culto y la adaptación personal de los Adultos Mayores, o sea que, cuanto mayor es la actividad espiritual mejor es la adaptación. El objetivo esencial de la espiritualidad es que se desarrolle, cultive la participación y el servicio al prójimo donde encuentre una razón de vida y no solo para llenar el tiempo de ocio.



Anzola (1994) señala que la edad avanzada es una etapa de vulnerabilidad para adquirir la depresión y sobre todo cuando a esta se le suman las enfermedades y dificultades económicas.

Las enfermedades que irrumpen en el envejecimiento son: a) La pérdida de masa ósea, que predispone a la osteoporosis y fracturas. b) La elevación de la presión arterial, lo que condiciona para que se presente la cardiopatía isquémica y a las enfermedades cerebro vasculares. c) La resistencia periférica a la insulina lo que facilita la aparición de diabetes. d) Alteraciones en el sistema inmune, lo que desarrolla enfermedades autoinmunes y tumores. (Rodríguez, 2000).

La carencia económica en el Adulto Mayor influye en sus hábitos cotidianos y su nivel de vida, esta carencia de ingresos impacta en la autoestima del individuo, ya que desprovisto de capital, ejecuta un "rol sin rol" en la sociedad como señala Moragas (1991).

Existe relación entre depresión y vejez y que su correspondiente es el suicidio. Esto sucede con más frecuencia en Adultos Mayores que viven solos. El autor señala que algunos estudios reportan un mayor porcentaje de suicidios en el sexo masculino y se concede un 4% de éstos a individuos mayores de 65 años de edad. El predominio de suicidios consumados señala que la situación del Adulto Mayor es tal, que éste no concede mayor importancia a la recuperación de simpatía y calor humano que suele brotar ante la tentativa de suicidio, sobre todo en los que han perdido su posición social y económica con importante invalidez física y que no cuentan con apoyo familiar, siendo un determinante de la decisión trágica la extrema sensibilidad psíquica. Lozano (1992)

La incidencia de suicidios consumados en Adultos Mayores deprimidos es mucho más elevada que en otros grupos de edad, menciona Ruiperez (1998). El autor coincide con las afirmaciones anteriores, mencionando que los grupos de especial riesgo son los ancianos varones, deprimidos, con enfermedades principalmente crónicas, que han perdido a algún familiar recientemente y con una situación socioeconómica precaria.

La consecuencia más seria de la depresión en el Adulto Mayor es el suicidio, le sigue el deterioro de la función orgánica y el uso excesivo de los servicios médicos, como señala Raj (2000), el autor agrega que en Estados Unidos, el suicidio es la octava causa principal de muerte en los adultos mayores, dentro de los factores de riesgo se encuentran el sexo masculino, raza blanca, la indiferencia médica, abuso de sustancias y falta de sistema de apoyo, los Adultos Mayores, comparado con las mujeres, los hombres tienden a usar métodos sumamente letales, como usar armas de fuego y pegarse un tiro, colgarse de una soga e inhalación de monóxido de carbono.



#### 2.4.3.2 Familiares

Las relaciones familiares tiene un efecto positivo en el Adulto Mayor, es la primer fuente de apoyo emocional. Cuando se carece de este apoyo, o las relaciones familiares son disfuncionales, se manifiesta en forma adversa en el estado emocional del individuo. Papalia (2001).

Un factor de protección contra las depresiones es la existencia de relaciones de confianza y proximidad, permitiendo compartir sentimientos y pensamientos. En las culturas donde aún se conserva la familia extensa, (de tres o cuatro generaciones) conviviendo en la misma casa, la depresión en el Adulto Mayor tiene menos probabilidad de que se presente. Anzola (1994). La presencia de muchos miembros de la familia puede enriquecer pero también puede estresar al Adulto Mayor. El número creciente de este tipo de familias hace más probable que tengan por lo menos un Adulto Mayor y en ocasiones con padecimientos crónicos y cuyos cuidados pueden resultar extenuantes física y emocionalmente, especialmente a quien se le deja la responsabilidad de cuidador.

Papalia (2001) menciona que el Adulto Mayor es susceptible a la depresión cuando necesitan la ayuda de otras personas, sea que la obtengan o no, la dependencia puede ser desmoralizante para el individuo ya que no desea ser una carga para los hijos, ni agotar los recursos de éstos. Los Adultos Mayores pueden deprimirse si sienten que sus hijos no los cuidarán.

En la manera en que las familias abordan estas situaciones, manifiestan sus raíces socioculturales, Papalia (20001) señala que en los E.U. la familia nuclear y el deseo de los Adultos Mayores por vivir en forma independiente de los hijos, refleja los valores de individualismo, la autonomía y la autoconfianza.

Bazo (1999) señala que cuando el Adulto Mayor se vuelve socialmente dependiente por la pérdida de capacidades físicas o psíquicas, surge una red de solidaridad familiar, lo que permite que el Adulto Mayor viva de manera rotativa en varios hogares, alternando el cuidado y responsabilidad entre los hijos y otros parientes.

Esta dependencia hace que disminuya la ingesta de alimentos, Langerica (1986) señala que la desnutrición es otro factor de importancia; como síntoma predisponente de la enfermedad depresiva destaca la anorexia, la cual agudiza la desnutrición que por sí misma puede causar mayor apatía e indiferencia, provocando un círculo vicioso.

Sobre esta asistencia parental y la preferencia por recibir en casa a la mujer o al hombre San Román (1989) refiere que al recibir a una mujer anciana en casa del hijo genera expectativas de contar con apoyo para las labores del hogar, a menos que su estado de salud no lo permita, por otro lado la presencia del varón se percibe más como una carga. La abuela es valiosa para la hija en el cuidado de los nietos y viceversa, la hija es valiosa para la madre en caso de enfermedad. Existe reciprocidad de intereses, relaciones y servicios, a lo que Bazo (1999) llama solidaridad intergeneracional.



#### 2.4.3.3. Factores Psicosociales

Los factores psicosociales precipitantes que llevan al Adulto Mayor a caer súbitamente en depresión son: pérdida del cónyuge, alejamiento de los hijos, o de sus personas con las que mantuvo una relación próxima, amenaza de pérdida (discusión con los hijos, amigos, o enfermedad del cónyuge) enfermedad, jubilación y carencia de vivienda.

Loo (2001) señala que, teóricos y profesionales de la salud han considerado que ese cortejo de duelos lleva a los individuos a la depresión y no han vacilado en considerarla como una enfermedad social. Algunos han llegado a decir que después de la sociedad industrial y del ocio, ha llegado la sociedad depresiva, agrega el autor que según los medios de comunicación, los medicamentos antidepresivos se convierten en artificiales píldoras de la felicidad, como un recurso de comodidad, y los deprimidos se convierten en toxicómanos legales.

Loo (2001) continua mencionando que para la opinión pública la depresión es el mal del siglo, producto del hastío y de la falta de ideales de la sociedad contemporánea.

Para el Adulto Mayor, su autoimagen, resultado de presiones ambientales, no puede ser positiva, ya que la edad parece ser el criterio de mayor relevancia para lograr una mejor valoración social. Por lo que se perpetúa la idea de que la juventud y la estética son aspectos relevantes para evitar el rechazo social. Las imágenes de los medios de comunicación han sido negativas y reduccionistas, se enfrentan a dos estereotipos en apariencia contradictorios: Por un lado una imagen positiva, donde el Adulto Mayor es la alegoría de la tradición y lo auténtico. Representa gente que conoce el valor de la calidad tanto en el trabajo como en la familia y en su círculo social. En su entorno familiar se da una relación donde predominan la comprensión, la ternura, el respeto. Y por el otro, una imagen negativa, basada en los estereotipos de un individuo aislado, con carencias económicas y precario estado de salud física y mental, estas personas suelen tener mal carácter y se caracterizan por sus quejas continuas, físicamente se les representa desaliñados y poco atractivos. Bazo (1991; 90).

La combinación de lo anterior da como resultante el enfoque biopsicosocial, que se interesa por la forma en que los individuos entendidos como miembros de una categoría social, encaran su envejecimiento dentro de un contexto social. (Organización Mundial de la Salud, 1990)

Por lo que para el desarrollo de esta investigación y para hacer un análisis del perfil de los Adultos Mayores y su situación depresiva se efectuó este trabajo con individuos de dos instituciones del Estado de Nuevo León, que una de ellas otorga servicios sociales y la otra servicio de alimentos a este sector de la población.



## **CAPITULO 3**

### **METODOLOGÍA**

Este capítulo comprende las etapas, secuenciales de la investigación y el procedimiento que se llevo a cabo para aceptar o rechazar las hipótesis planteadas.

#### **3.1. Hipótesis.**

Por el tipo de estudio que se pretende realizar se utilizaron hipótesis correlacionales, las cuales se definen como planteamientos, que permiten establecer la asociación entre dos variables, es decir cual es su asociación y como se presenta ésta. Este tipo de hipótesis no solo puede establecer que dos o más variables se encuentran vinculadas, sino también como están asociadas. Alcanzan un nivel predictivo y parcialmente explicativo. (Hernández, 2003: 150)

**Las hipótesis que se plantean para su verificación son:**

- H1 A mayor edad más altos niveles de depresión.
- H2 Las mujeres son más depresivas que los hombres.
- H3 Los diabéticos y los hipertensos son más depresivos que los que no tienen diabetes ni hipertensión.
- H4 A mayor ejercicio físico menor nivel de depresión.
- H5 Los Adultos Mayores con ingresos propios tienen menores niveles de que los que no tienen ingreso
- H6 A mayor espiritualidad menor nivel de depresión
- H7 El Adulto Mayor que vive con algún familiar tendrá menores niveles de depresión que los que viven solos.



### 3.2. Operacionalización de las variables

La definición operacional como señala Kerlinger (1979) son los procedimientos que se realizarán para medir o recoger datos respecto de una variable. La operacionalización de las variables de esta investigación quedo como sigue:

La variable Depresión fue trabajada en sus tres niveles: Leve, Moderado y Severo

Sexo: se hace referencia al género de los entrevistados, en este caso a hombres y mujeres

Edad: se alude a los años cumplidos actualmente de los entrevistados

Asistencia a oficios religiosos: hace referencia al número de ocasiones que asiste el entrevistado a actividades religiosas, sin importar el credo que profese.

Persona (s) con quien vive el Adulto Mayor: Persona (s) que viven bajo el mismo techo del entrevistado.

Enfermedad: se refiere únicamente al número de personas que tienen, diabetes e hipertensión.

Periodicidad del ejercicio físico: alude al esfuerzo corporal que realiza el entrevistado de por lo menos 3 sesiones semanales de 30 minutos. (Ruipérez, 1998).

Contar con ingreso económico: se refiere a la percepción económica fija con que cuenta el entrevistado.

Adultos Mayores de INAPAM y Comedor Jesús de Nazareno: hace referencia a la población entrevistada en cada una de estas instituciones.

### 3.3. Diseño de la investigación

El enfoque de este estudio es de tipo Descriptivo, Correlacional y Transversal. Es descriptivo porque en él se señalan las características socio-demográficas de los Adultos Mayores y al respecto Danhke (1989) señala que los estudios descriptivos son aquellos que buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis. Será entonces describir lo que se investiga.

Los estudios correlacionales como señala Hernández, (2003) tienen como intención evaluar la relación que exista entre dos o más variables. Los estudios cuantitativos correlacionales miden el grado de relación dos o más variables.

El estudio es transversal porque los datos se tomaran en un solo momento, esto es que no se regresará en fechas posteriores a recabar nueva información, con los mismos sujetos de investigación. Al respecto Hernández, (2003) señala que los estudios de tipo



transversal son aquellos en los que los datos se recolectan en un solo momento, en un único tiempo, su propósito es describir variables y analizar su impacto e interrelación en un tiempo específico.

### 3.4. Unidad de análisis

En este estudio la unidad de análisis la constituyen los Adultos Mayores de dos instituciones. Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM) ubicado en la Alameda central del Municipio de Monterrey, Nuevo León, y Comedor de la Iglesia Jesús Nazareno en el Municipio de Guadalupe, Nuevo León.

### 3.5. Muestra

Se eligió una muestra no probabilística, donde los entrevistados contarán con las características específicas, y que dieran cumplimiento a los criterios de inclusión para la investigación.

Dentro del muestreo no probabilístico existen cuatro tipos de muestras como son: las de sujetos voluntarios, las de expertos, las de sujetos tipo y la muestra por cuotas como indica Hernández (2003).

En este trabajo se empleo una muestra de sujetos voluntarios, la elección de los individuos no se sometió a la probabilidad, sino a las características que requiere la investigación, como señala Hernández, (2003).

El total de personas entrevistadas fue de 150, ya que la prueba de Ji cuadrada, requiere de un número elevado de casos, este principio se dispone para que todas las celdas tengan más de 5% de frecuencias esperadas. Los 150 Adultos Mayores entrevistados son la población total para esta investigación y la muestra que constituye la población objeto de estudio. Por lo tanto, la muestra es igual a la población. Al respecto Hernández (2003) señala que el tamaño de la muestra tiende más a depender del número de subgrupos que nos interesan de una población total. Ritchey (2002), coincide con el autor al afirmar que el tamaño de la muestra se refiere al número de casos u observaciones que constituyen una porción, o sea el número de personas sujetos de estudio.

Kerlinger (1986) señala que existen criterios para seleccionar específicamente la población sujetos de investigación por lo que se eligieron las siguientes características: Criterios de inclusión:

- Adultos Mayores de 60 años y más que acudan a INAPAM de Monterrey, Nuevo León.
- Adultos Mayores de 60 años y más que acudan al comedor Jesús Nazareno de Ciudad Guadalupe, Nuevo León.
- Adultos Mayores de ambos sexos
- Adultos Mayores que acepten la entrevista
- Adultos Mayores que no tengan discapacidad de lenguaje.



- Adultos Mayores que no tengan discapacidad cognitiva.

#### Criterios de exclusión:

- Adultos Mayores con menos de 60 años de edad
- Adultos Mayores que durante la entrevista se observe estado de confusión.

#### Criterios de eliminación:

- Adultos Mayores que una vez iniciada la entrevista no deseen continuarla.

### 3.6. Diseño del instrumento

Los instrumentos utilizados fueron dos: El primero se diseñó con 29 preguntas de tipo sociodemográfico, que incluyó cinco apartados como son: I Datos generales, II Servicio Médico, III Actividades, IV Hábitos y V Autonomía/ Dependencia. El segundo fue la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale; GDS) que consta de 15 ítems. Esta escala fue creada especialmente para detectar la depresión en el Adulto Mayor como señala Ruipérez (1998).

Los autores de la GDS son Brink y Yesavage, cuya publicación apareció en 1982. La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión abreviada de 15 ítems que ha sido también muy difundida y utilizada, como indica D'Art (1994).

Esta versión de 15 ítems, ha demostrado que tiene una sensibilidad entre el 80 y el 90% y una especificidad entre el 70 y 80%. (Martínez, 2000).

La interpretación de la escala es por cada ítem, cada uno de ellos tiene un valor de 0 a 1, resaltando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-15 puntos.

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

Depresión leve	0-5 puntos
Depresión moderada	6-9 puntos
Depresión severa	10-15 puntos.

El contenido de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el Adulto Mayor como señala Ramos (1991).



La Escala Geriátrica de Yesavage (GDS) requirió que el Adulto Mayor respondiera con un sí o un no con respecto a como se sintió la última semana de la fecha en que se administró el cuestionario.

Casabella, (1999) coincide con el párrafo anterior mencionando que la escala Geriátrica de Yesavage es un cuestionario de respuestas dicotómicas, (sí / no) diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al entrevistado y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido.

El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada.

Su simplicidad y economía de administración y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del entorno geriátrico indistintamente para hombres y mujeres. (Yesavage, 1983).

### 3.7. Prueba piloto

Se aplicó una prueba piloto con el instrumento de medición a 25 Adultos Mayores, de las dos instituciones, esta actividad permitió la revisión previa a la aplicación final del instrumento, donde fue necesario reformular la pregunta 9, que se planteó como: ¿Qué religión tiene?, encontrando que la espiritualidad tendría que ser medida por la frecuencia con la que el Adulto Mayor asiste a oficios religiosos, por lo quedó como sigue: ¿Asiste a oficios religiosos? con opciones para la respuestas: 1) de 1-3 veces a la semana, 2) de 4-7 veces a la semana, 3) 1 vez por mes, 4) No asiste. Esta reestructuración permitió valorar la medición de la variable espiritualidad.

La pregunta 12 sobre convivientes, se tenía estructurada en un cuadro familiar, donde se desglosaba, parentesco, edad, escolaridad y ocupación de las personas que viven con el Adulto Mayor, se concretiza, dejándola en únicamente: ¿Con quién vive Ud.? solicitándole únicamente el parentesco y edad de esas personas.

### 3.8. Procedimiento

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora. En INAPAM, se efectuaron 109 entrevistas y en el Comedor Jesús Nazareno 41, en las dos instituciones no se cuenta con una cantidad específica de Adultos Mayores, por lo que los días en que se aplicó la entrevista se aprovecharon a las personas que acudieron a recibir el servicio.

Para llevar a cabo la entrevista en las instituciones mencionadas en el punto 3.4 de este capítulo, fue necesario informar a la Subdirección de la División de Estudios de



Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, para solicitar un oficio de presentación para la investigadora. En ese documento se mencionó el tema de investigación y el compromiso ético en cuanto a la información que deberá ser recopilada.

Con el oficio de presentación, se solicitó al Delegado Estatal del INAPAM en el Estado de Nuevo León, la autorización para la aplicación de entrevistas a la población Adulta Mayor, el funcionario se muestra interesado por el tema de investigación proporcionando facilidades para que se lleve a cabo está, mencionando el horario de recepción de Adultos Mayores y la ubicación de la investigadora para la ejecución de la entrevista.

En INAPAM la invitación a participar en las entrevistas se efectuó a aquellos que acuden a solicitar la credencial de la institución y que a su vez cumplan los criterios de inclusión.

Igualmente en el comedor de la Iglesia Jesús Nazareno, el oficio de presentación, fue entregado al Párroco José Abramo Torres, quien comentó la utilidad de esta investigación para la población Adulta Mayor que ellos atienden, otorgando a la investigadora el horario y espacio físico para llevar a cabo las entrevistas.

En el comedor Jesús Nazareno se realizó la entrevista posterior a la ingesta de alimento a las personas que cumplieran con los criterios de inclusión.

En las dos instituciones se explicó a los adultos mayores el objetivo de la entrevista y el tiempo aproximado que se invertiría en su aplicación, (30mins.) además de garantizarles confidencialidad y voluntariedad para la participación en esta investigación.

Las entrevistas se ejecutaron en un lapso de 30 días hábiles, realizando entre 4 a 5 entrevistas diarias, durante los meses de Febrero a Abril del 2005.

### **3.9. Método de Análisis de datos**

El análisis de datos se efectuó por medio del programa estadístico para las ciencias sociales SPSS, (Statistical package for de Social Sciences) versión 10.0 para Windows.

Este programa (SPSS) es un sistema amplio y flexible de análisis estadístico y de preparación de datos en un entorno gráfico. Se maneja mediante menús descriptivos y cuadros de diálogo, la comunicación con el sistema se realiza por medio de instrucciones, que se agrupan por módulos. Estos se trabajan independientemente, pero el principal es el denominado: Base. (Ferrán, 2001). Base es la programación en general (definición y manipulación de datos, manipulación de archivos, etc.) procedimientos estadísticos básicos (desde análisis descriptivos hasta modelos de regresión múltiple, pasando por diversos métodos inferenciales), técnicas comunes en el análisis multivariado de datos (factorial, discriminante y conglomerados) y generación de gráficos de alta resolución.



Respecto al programa estadístico SPSS, Padua (1981) indica que este avance en los procesadores electrónicos, en el almacenaje y procesamiento de los datos, a unido al acceso de los investigadores a esta herramienta, habilita al científico social de nuevas posibilidades para el tratamiento de datos en gran escala, y la aplicación de técnicas estadísticas complejas, en lo matemático y en la inversión de tiempo, comparado con lo que realiza en el computo manual.

Hernández (2003) señala que el SPSS, es el procedimiento para analizar los datos, una vez que se tiene la matriz de datos y las pruebas estadísticas seleccionadas, se corre el programa o se ejecutan los comandos (instrucciones), el programa emite los resultados y teniendo estos se procede a la interpretación.

Para la interpretación de los datos se procede a preparar la base de datos y las pruebas estadísticas seleccionadas.

Una vez capturada la información se efectuó una corrida de frecuencias para cada una de las variables, empleando el programa antes mencionado, para verificar que no existieran errores en el proceso. Se efectuaron las remodificaciones e identificaciones necesarias para efectuar el análisis estadístico.



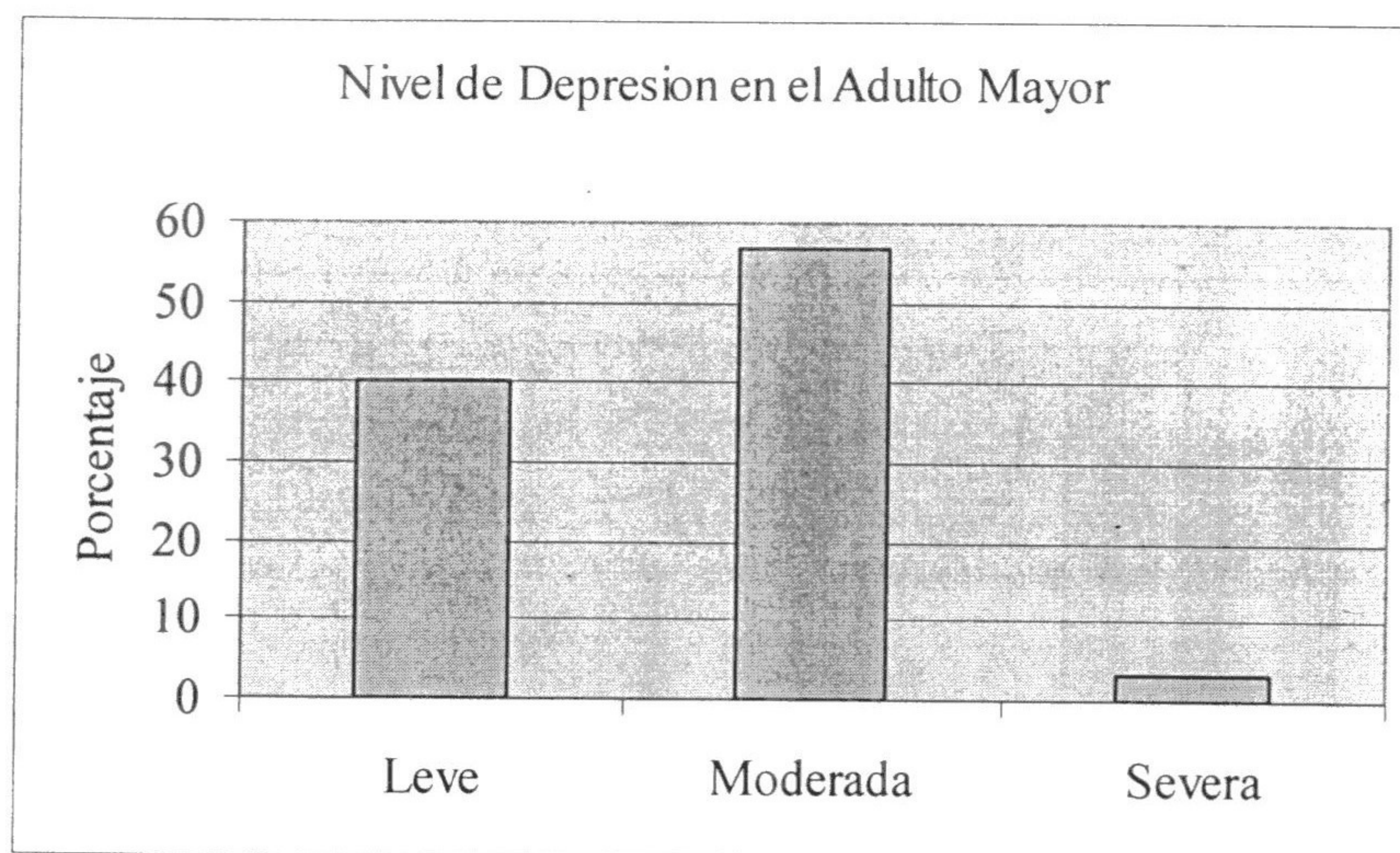
## CAPITULO 4

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Este capítulo comprende dos secciones: La primera se refiere al análisis descriptivo en donde se, especifican las propiedades, características y rasgos importantes de la población sujeto de estudio, (Hernández, 2003). Estos se encuentran en las gráficas 1 a 7. Y la segunda, se refiere al análisis correlacional que mide el grado de relación entre dos variables, referidos en las Tablas 1 a 8.

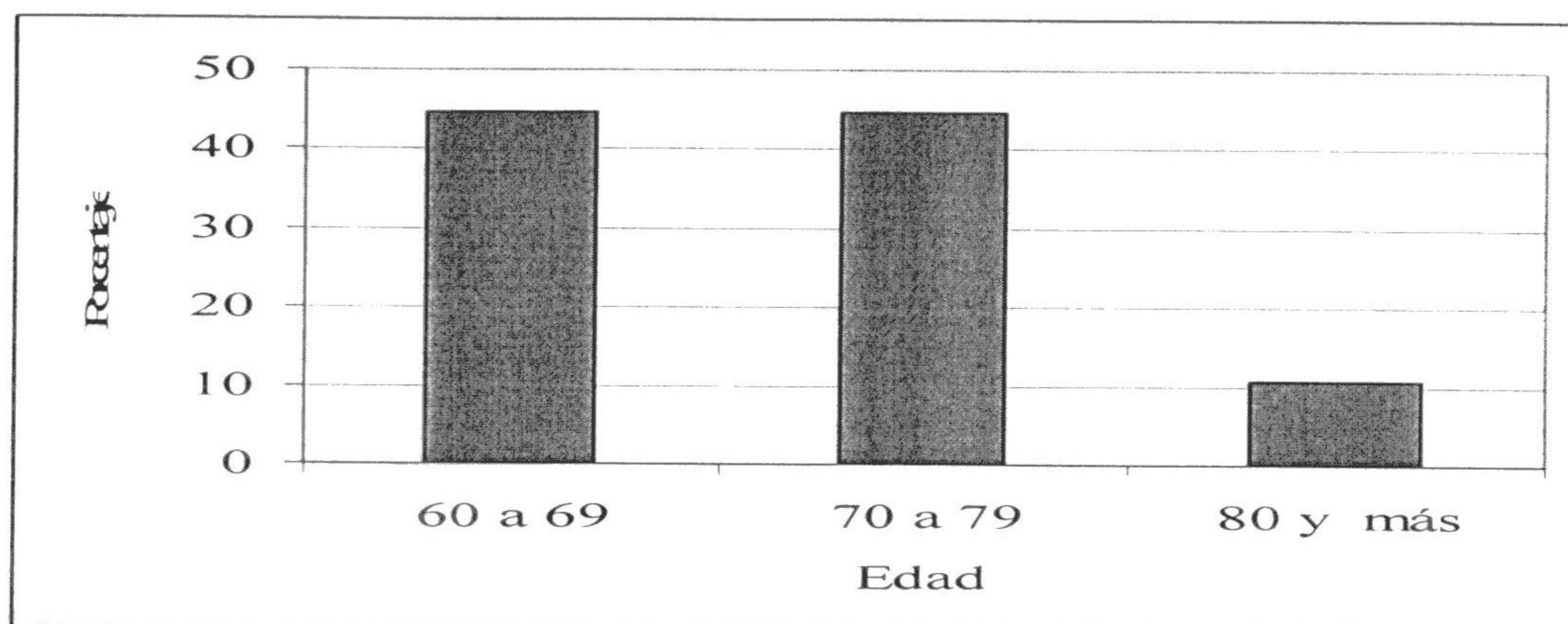
#### 4.1. Análisis descriptivo.

**Gráfica 1: Nivel de depresión en el Adulto Mayor.**



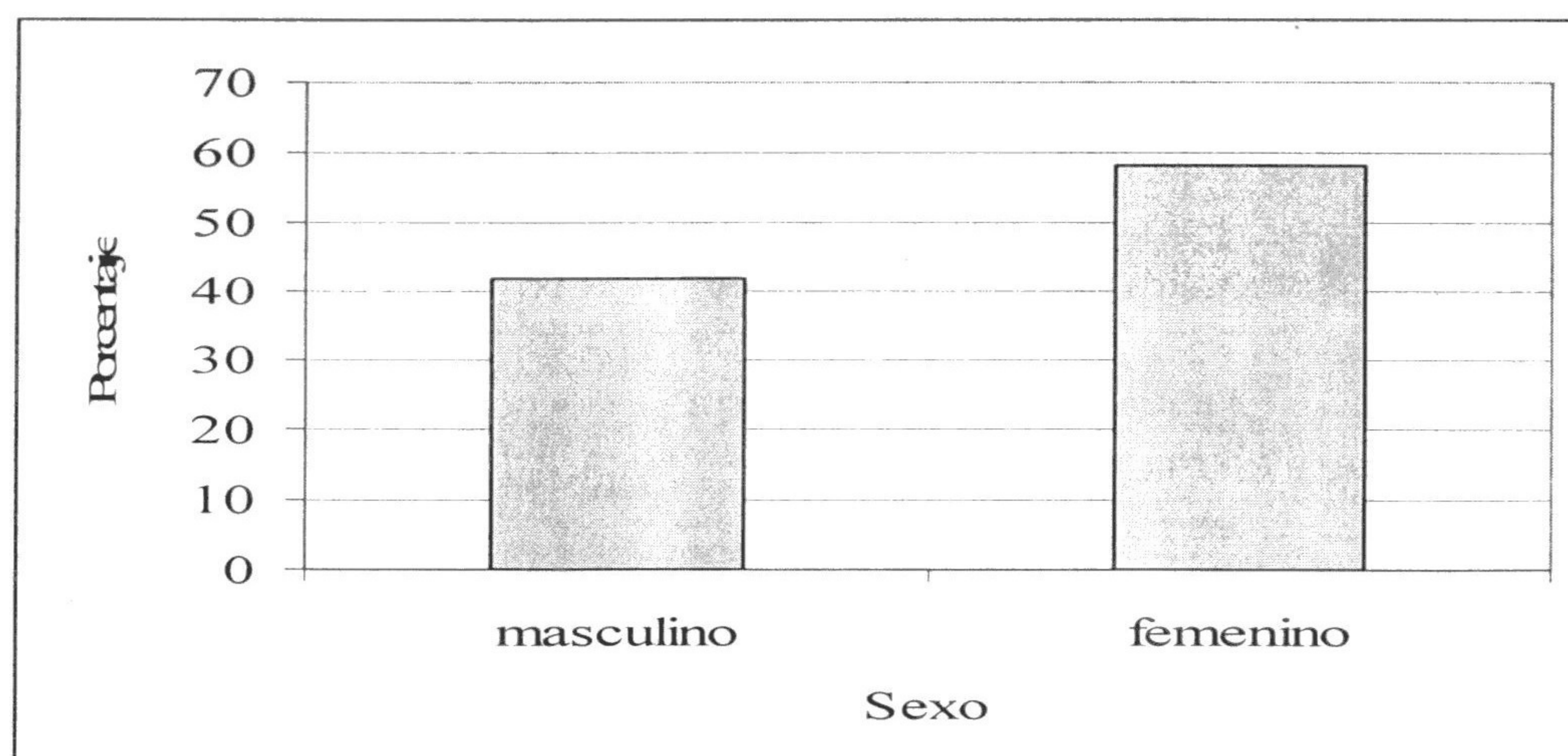
La gráfica número 1 muestra que el 56.7 de los Adultos Mayores presentan depresión moderada, el 40% tiene depresión leve y un 3.3% depresión severa. Lo que indica que 96.7% de la población entrevistada se ubica en los niveles leve y moderado.



**Gráfica 2: Edad de los entrevistados.**

La variable edad se agrupa en tres conjuntos intervalares como sigue: De 60-69 años, de 70-79 años y de 80 a más años.

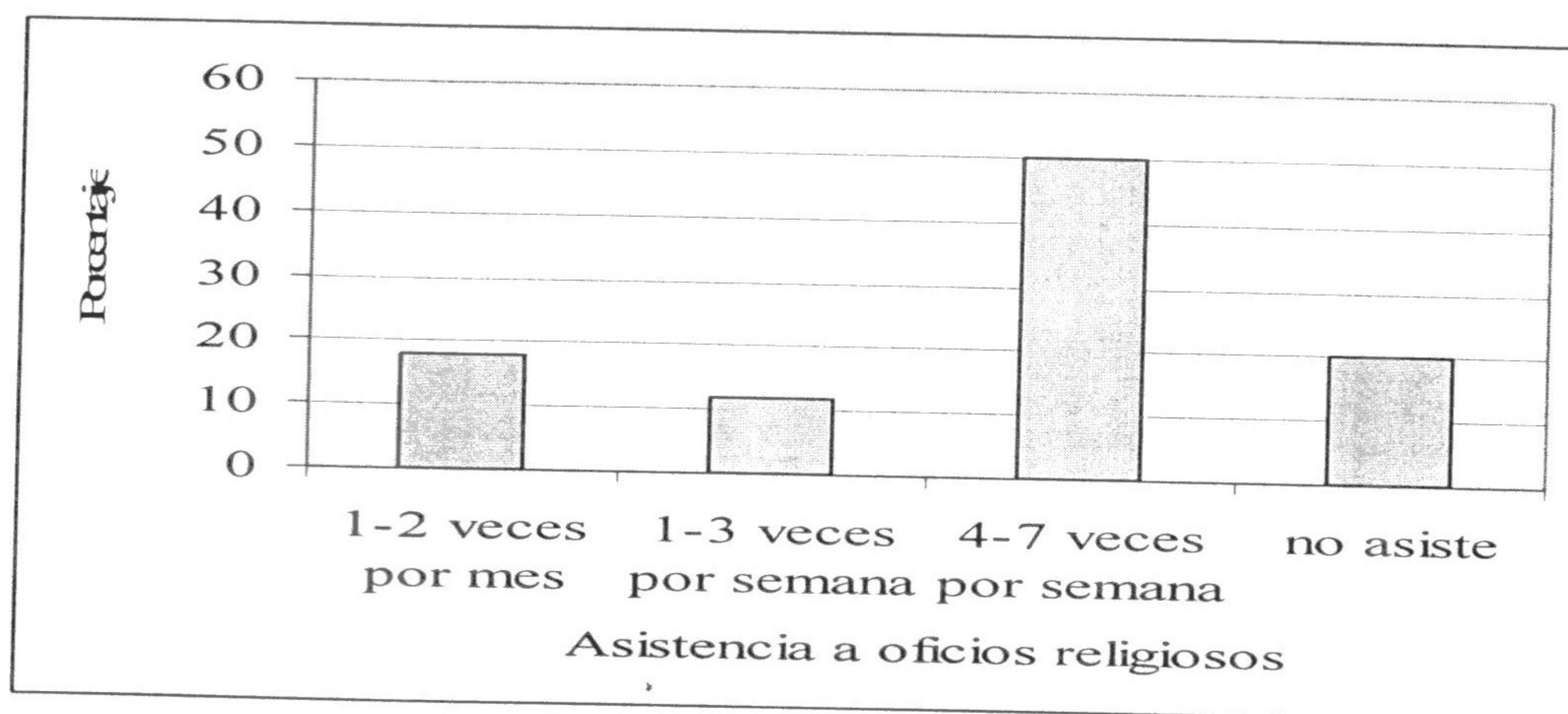
Los de 60 a 69 años de edad, representan el 45%, este mismo porcentaje corresponde a las personas que se encuentran en el grupo de edad de 70-79 años, el restante 10 % se encuentra en la edad de 80 hasta 94 años.

**Gráfica 3: Sexo de los entrevistados.**

El sexo de los Adultos mayores representado en la gráfica 2, da muestra de que en las entrevistas predominó la población femenina, con 58%, en tanto la población masculina constituyó el 42.0%.

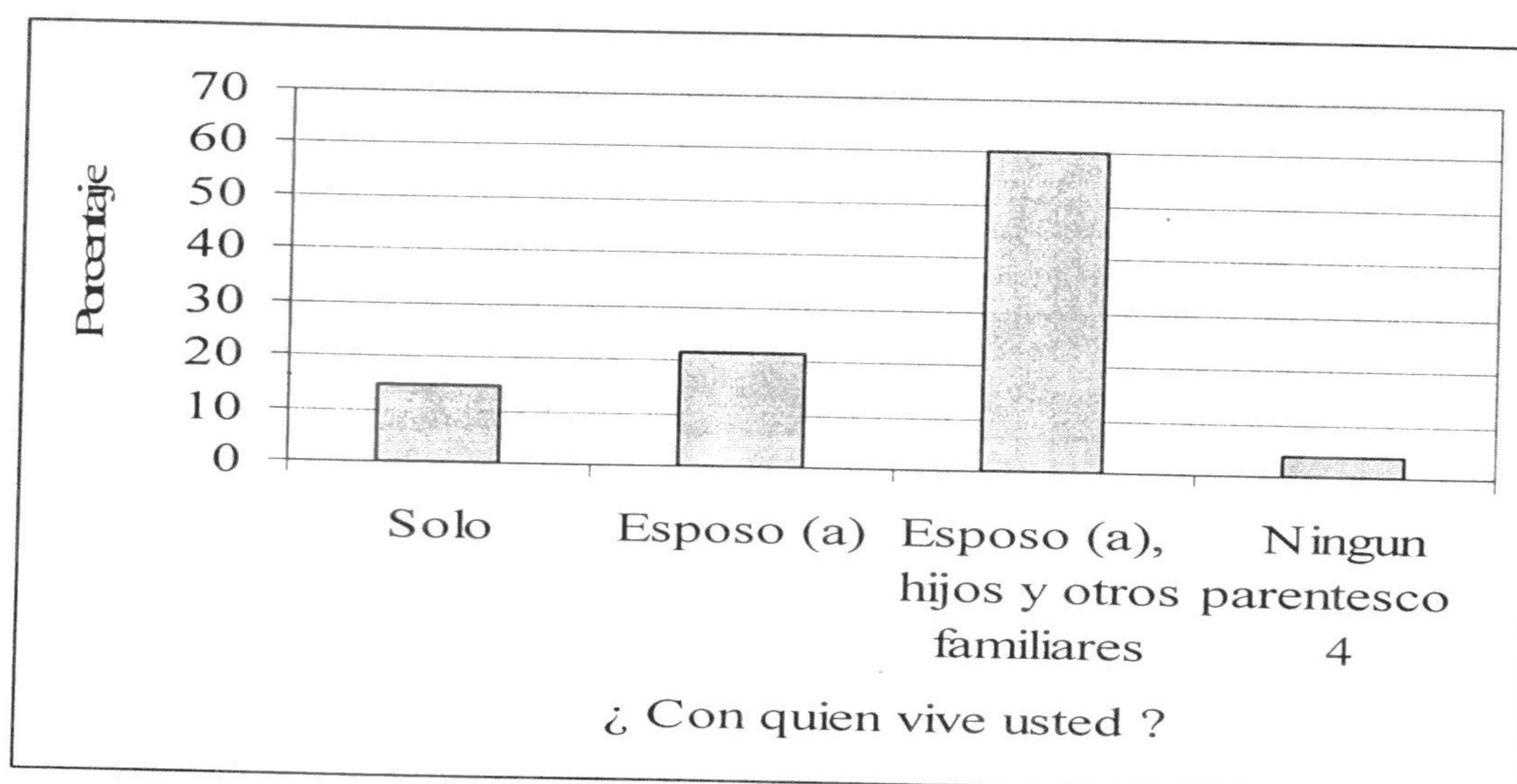


Gráfica 4: Asistencia a oficios religiosos en el Adulto Mayor.



La gráfica 3, muestra que el 18% de Adultos Mayores asisten de 1 a 2 veces por mes a oficios religiosos, el 20% de ellos no acostumbra a asistir. El dato significativo es que el 50 % de los entrevistados, tiende a asistir a oficios religiosos como parte de sus actividades cotidianas, y lo hace de 4 a 7 veces por semana.

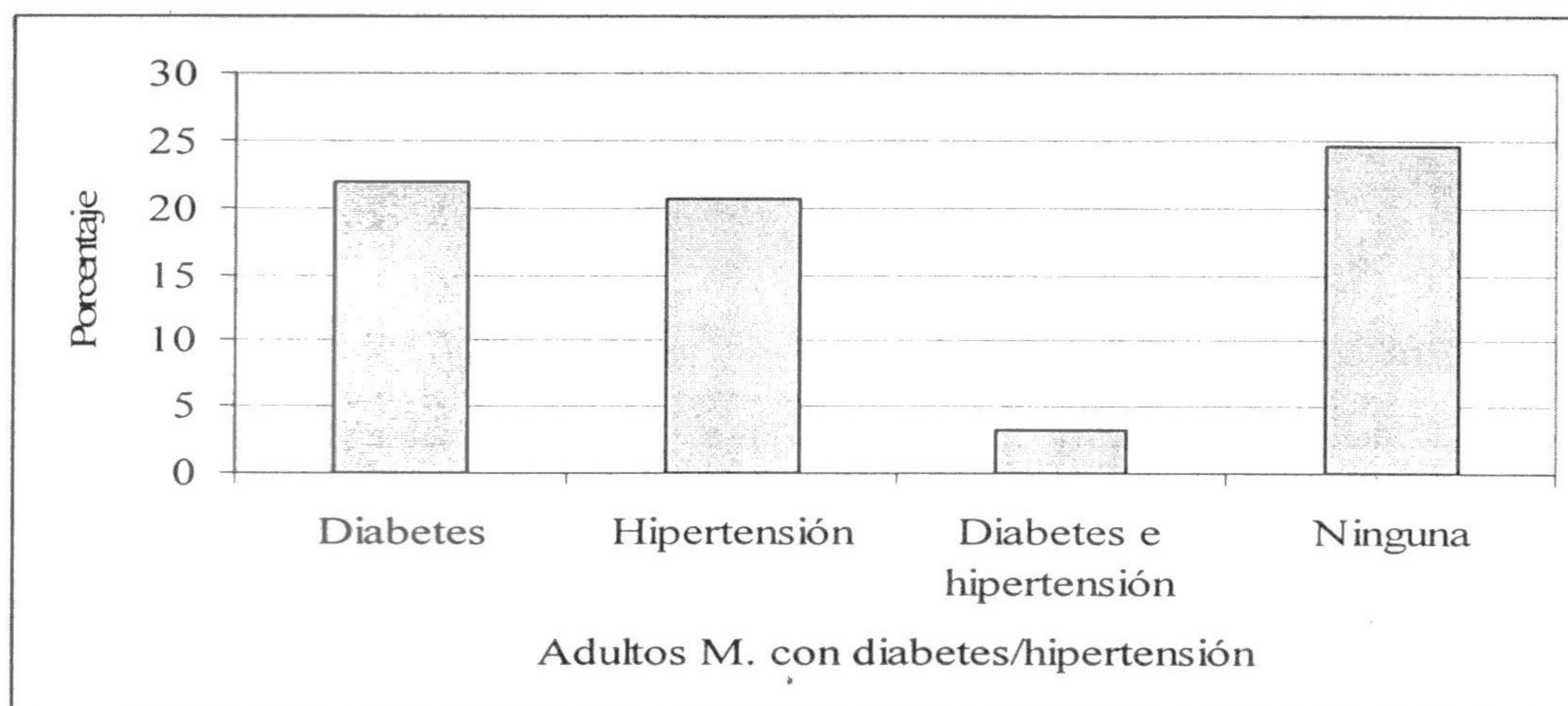
Gráfica 5: Persona (s) que viven con el Adulto Mayor.



La gráfica refleja que las personas con las que vive el Adulto Mayor, resultó que el 60% de los adultos mayores vive con esposo (a), hijos y otros familiares. El 21.3% de ellos viven con esposo (a) únicamente lo que significa que la pareja atraviesa la etapa de Nido vacío, o reencuentro como señala Estrada (1995) y el 14.7% de ellos viven solos y el 4% restante vive con otras personas, con las que no tiene ningún parentesco.

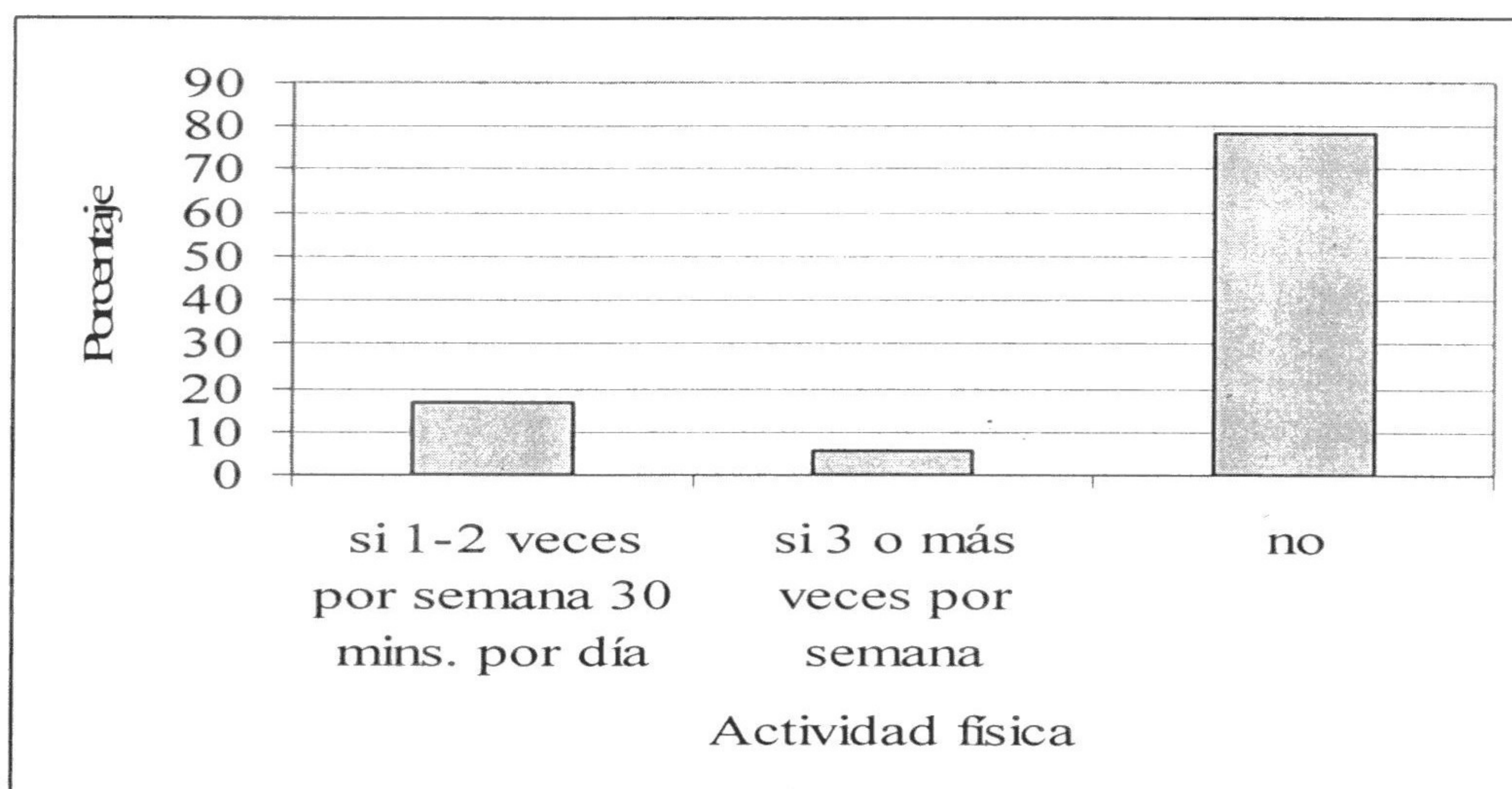


**Gráfica 6: Adultos mayores con diabetes e hipertensión o ninguna de estas condiciones.**



En cuanto a los Adultos Mayores que tiene Diabetes e Hipertensión, los resultados fueron: el 23.3% padecen diabetes, el 21.2% tienen hipertensión y el 3.3% tienen las dos condiciones. En esta gráfica se observa que el 24% de los Adultos Mayores manifestaron no tener ninguna de estas dos condiciones, lo que determina un porcentaje significativo en la población de Adultos Mayores.

**Gráfica 7: Frecuencia de la actividad física en el Adulto Mayor.  
(De 1 a 3 veces por semana)**

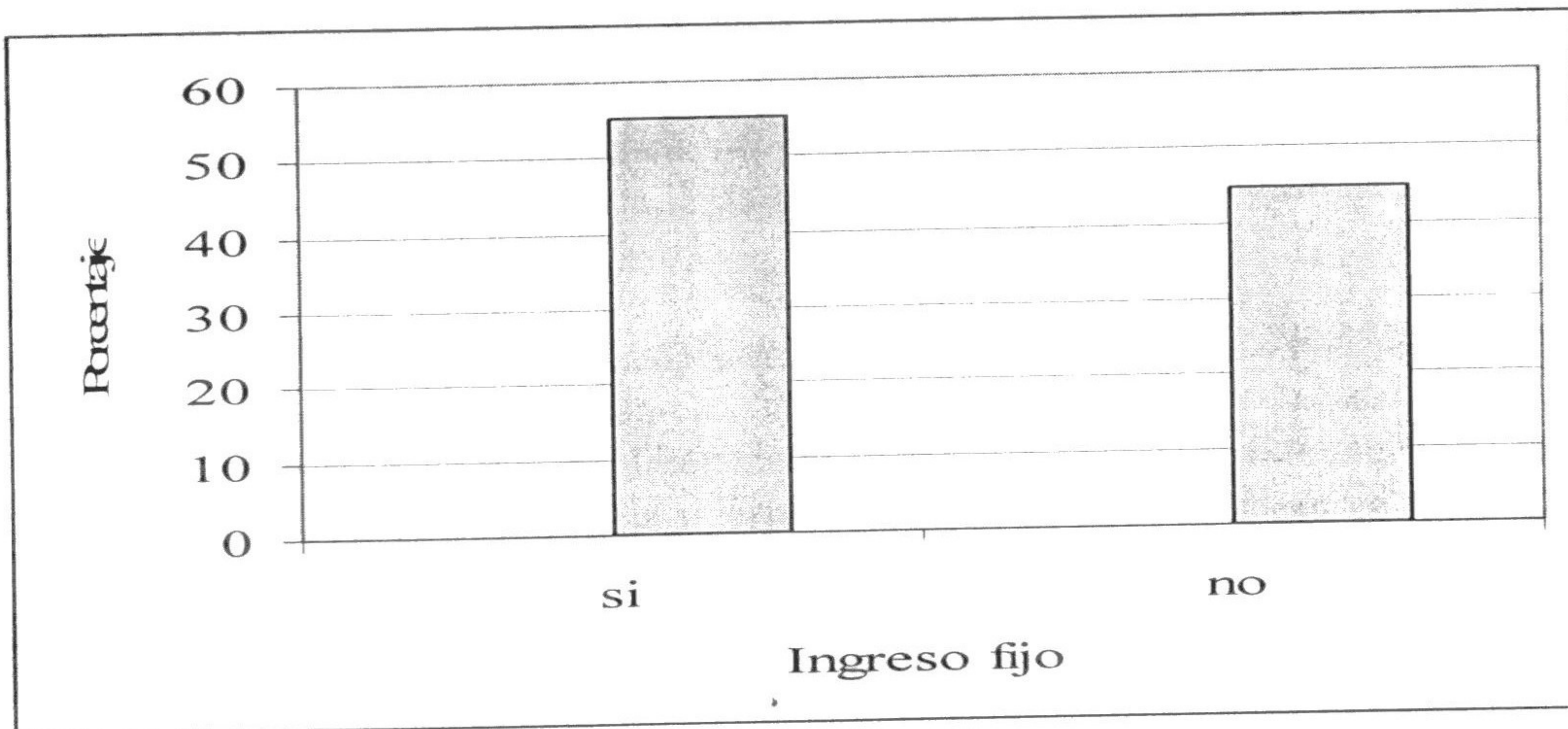


La frecuencia con que el Adulto Mayor realiza alguna actividad física, el 16.7% realizan ejercicio de 1-2 veces por semana, el 5.3% lo hacen de 3 a más veces por semana, haciendo un total del 22% de personas que realizan alguna actividad física.

El 78% de la población Adulta Mayor entrevistada, no tiene la actividad física como parte de su estilo de vida.



Gráfica 8: Ingreso económico de los entrevistados.



En cuanto al ingreso de los entrevistados, el 55.3% de ellos, manifestaron contar con un ingreso fijo, mientras que el 44.7% no cuenta con esta percepción, en este segundo porcentaje se encuentran los Adultos Mayores del Comedor Jesús Nazareno, ya que uno de los requisitos para que se le brinde el servicio es: no contar con ingreso económico.



#### 4.2. Análisis correlacional.

Para el análisis de la información se incluyó la prueba no paramétrica Ji cuadrada, ya que el instrumento trata con variables ordinal-intervalo y nominales. Levin (1979), señala que la prueba de significancia no paramétrica más popular en la investigación social se conoce como Ji cuadrada. Esta prueba se usa para hacer correlaciones entre dos o más variables.

Por otra parte Hernández (2003) señala que la Ji cuadrada se calcula por medio de una tabla de contingencia o llamada también tabla cruzada, la prueba de Ji cuadrada es una comparación entre la tabla de frecuencias observadas y la denominada tabla de frecuencias esperadas, lo que refleja si las variables son estadísticamente independientes o no están relacionadas. La Ji cuadrada parte del supuesto que no existe relación entre las variables el investigador evaluara si es cierto o no este supuesto, analizando si las frecuencias observadas son diferentes de lo que pudiera esperarse en caso de ausencia de correlación.

La correlación de datos se probó a través del nivel de significancia o nivel alfa. Hernández (2003) considerada como la probabilidad de equivocarse al aceptar la hipótesis de investigación ( $H_i$ ) y se fija antes de probar hipótesis inferenciales. El nivel de significancia que se determinó en este estudio es de .05 el que indica que se tiene el 95% de confianza en los resultados, ambos suman la unidad (100%).

La variable Depresión, se recodificó (por medio del procedimiento Transform Recode) estableciéndose con el nuevo nombre: Niveles de depresión: Leve, moderado y severo.

Para probar las hipótesis, fue necesario eliminar el nivel severo de depresión, por su reducido número de casos (5), ya que al incluirlos impedía cumplir con el requisito que se tiene para Ji cuadrada, ya que lo que pide esta prueba es que en no haya frecuencias esperadas menores de 5 en ninguna de las celdas.

**Tabla 1: Correlación entre niveles de depresión y edad en los Adultos Mayores.**

Edad	Nivel de depresión		Total
	leve	moderada	
60 a 69	22.10	22.80	44.80
70 a 79	16.60	27.60	44.10
80 y más	2.80	8.30	11.00
Total	41.40	58.60	100.00

Al efectuar la correlación de la variable edad, con niveles de depresión, se llevo a cabo la prueba de Ji cuadrada, obteniéndose un valor 4.8 de y una significancia de .038, lo que refiere que no existe correlación significativa entre la variable edad del Adulto Mayor y los niveles de depresión. Lo que indica que a mayor edad, mayor nivel de depresión.



**Tabla 2: Correlación entre niveles de depresión y sexo en los Adultos Mayores.**

Sexo	Nivel de depresión		Total
	leve	moderada	
masculino	17.20	25.50	42.80
femenino	24.10	33.10	57.20
Total	41.40	58.60	100.00

Al trabajar la variable sexo con niveles de depresión, se obtuvo una Ji cuadrada de 0.50 y una significancia de 0.823, lo que representa que no existe relación entre el sexo del entrevistado y los niveles de depresión.

**Tabla 3: Correlación entre niveles de depresión y asistencia a oficios religiosos en los Adultos Mayores.**

Espiritualidad	Nivel de depresión		Total
	leve	moderada	
1-2 veces por mes	4.10	6.90	11.00
1-3 veces por semana	26.20	24.80	51.00
4-7 veces por semana	4.10	16.60	20.70
No asiste	6.90	10.30	17.20
Total	41.40	58.60	100.00

Este cuadro refleja que los Adultos Mayores que asisten a oficios religiosos de 1-2 veces por mes tiene los niveles de depresión más bajos, con un promedio total del 11%, le sigue los que asisten de 4-7 veces por semana con un 20.70%, y los que acuden de 1-3 veces por semana son los mas significativos ya que su promedio total alcanza el 51%, lo que se puede interpretar como que quien acude de 3-7 veces por semana a oficios religiosos tienden a ser más depresivos. La prueba Ji fue de 8.805 y la significancia de 0.32, lo que manifiesta una correlación entre las variables.



**Tabla 4: Correlación entre niveles de depresión y persona (s) con quien viven los Adultos Mayores.**

¿Con quién vive usted?	Nivel de depresión		Total
	leve	moderada	
Solo	8.6	6.5	15.1
Esposo (a)	9.4	13.7	23.0
Esposo (a) , hijos y otros familiares	24.5	37.4	61.9
Total	42.4	57.6	100.0

En la variable: Persona (s) con quien viven los entrevistados y su nivel de depresión se obtuvo una Ji cuadrada de 3.790 una significancia de .285, reflejando el porcentaje más elevado a la integración del entrevistado a una familia extensa. Que sostiene que no es la relación de parentesco la que evita la depresión en el Adulto Mayor.

**Tabla 5: Correlación niveles de depresión y diabetes e hipertensión que padecen los Adultos Mayores.**

	Nivel de depresión		Total
	leve	moderada	
Diabetes	5.90	25.50	31.40
Hipertensión	10.80	18.6	29.40
Diabetes e hipertensión	1.00	2.90	3.90
Ninguna	21.60	13.70	35.30
Total	39.20	60.80	100.00

En la operacionalización de la variable, Diabetes – Hipertensión con niveles de depresión, se tiene como resultado una Ji cuadrada de 22.932 y una significancia de .011, lo que permite aceptar que ante la presencia de una situación crónica, el Adulto Mayor es más propenso a padecer depresión.

Es importante mencionar que dentro de la población entrevistada se tiene un 35.30% de personas que manifestaron no tener ninguna enfermedad, y que sin embargo a la aplicación de la GDS aparece el 13.70% de ellos en el nivel moderado de depresión, lo que alude a una tendencia a la enfermedad depresiva, y que al no reflejarse como una sintomatología física, el Adulto Mayor no se percata de ello.

Los Adultos Mayores que llevan control médico para diabetes, resulto que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel moderado de depresión, siendo la cifra más elevada de la tabla, le sigue en el mismo nivel de depresión los que padecen hipertensión, asimismo los que padecen las dos enfermedades. Lo que significa que el nivel moderado fue donde se ubica la mayor población.



**Tabla 6: Correlación entre niveles de depresión y actividad física en los Adultos Mayores.**

Actividad física	Nivel de depresión		
	leve	moderada	Total
si 1-2 veces por semana 30 mins. por día	8.30	7.60	15.90
si 3 o más veces por semana	4.80	0.70	5.50
no	28.30	50.30	78.60
Total	41.40	58.60	100.00

Para la correlación de la variable actividad física con niveles de depresión, resulto una Ji cuadrada de 9.498 y una significancia de .009, lo que permite aceptar que existe relación entre las variables.

Asili (2000) señala que el autocuidado de la salud son todas las medidas y decisiones que el Adulto Mayor adopta para prevenir y tratar su enfermedad, además del comportamiento para mantener y mejorar la salud. Entre los estilos de vida saludables destaca la práctica del ejercicio, evitando con esto las consecuencias inherentes a la inmovilidad y la disminución de los índices depresivos.

Papalia (1997) indica que el ejercicio mejora la agilidad mental y el desempeño cognoscitivo. Puede ayudar a impedir la inquietud y la depresión, y generalmente mejora el estado de ánimo.

**Tabla 7: Correlación entre niveles de depresión e ingreso económico fijo en los Adultos Mayores.**

¿Cuenta con ingreso fijo?	Nivel de depresión		
	leve	moderada	Total
si	25.50	31.00	56.60
no	15.90	27.60	43.40
Total	41.40	58.60	100.00

Al correlacionar la variable, ingreso económico fijo con niveles de depresión, se obtuvo una Ji cuadrada de 1.090 y una significancia de .297. Lo que permite afirmar que el ingreso económico no se relaciona con los niveles de depresión.



## RECOMENDACIONES

El envejecimiento se esta convirtiendo en uno de los problemas más importantes no solo para la investigación y la práctica bio-médica sino para el conjunto de las ciencias sociales. Con los resultados estadísticos de esta investigación se pretende despertar el interés por la necesidad de planificar los servicios sociales.

El ideal de todo investigador en el tema sería tratar el envejecimiento como una realidad vital compleja donde se ponga a prueba las ciencias sociales y las biomédicas, donde se construyan organizaciones adecuadas a las edades de las personas, y esto no solo requerirá de estructura y función de servicios socio-sanitarios, sino de profesionales con capacidades, competencias y habilidades propias de la ética gerontológica. Es decir se necesitan nuevos perfiles profesionales para insertarse en organizaciones sociales y sanitarias donde el Adulto Mayor es mucho más que un paciente o una persona dependiente. Es el momento de plantear y condicionar decisiones estructurales en política sanitaria, social y económica a favor de este sector de la población, donde se promuevan la medicina preventiva y la atención bio-psico-social del Adulto Mayor y con esto identificar con oportunidad enfermedades crónico-degenerativas y alteraciones emocionales como la depresión, motivo de estudio del presente trabajo.

Es conveniente promover leyes que favorezcan la permanencia del Adulto Mayor en actividades que mejoren su calidad de vida, fomentando el contacto y las relaciones sociales en su comunidad evitando así la soledad y el aislamiento.

Algunas de estas actividades serían, desempeñarse como:

- a. Alfabetizadores, donde el Adulto Mayor con nivel escolar medio, pueden ser orientadores para la enseñanza de lecto-escritura en su comunidad
- b. Cuidado de niños, Algunos padres por motivo laboral se ven obligados a dejar solos a sus hijos por largo tiempo. El Adulto Mayor proporcionara atención y cuidado a estos niños.
- c. Asesorias dentro de su ámbito laboral, el Adulto Mayor dotado de experiencia, capacitará a personal de nuevo ingreso, donde se intercambiaran conocimientos ya que el principiante a cambio le enseñara el manejo de sistemas computacionales. Otorgándose así una retroalimentación de conocimientos.
- d. Ofrecer a los Adultos Mayores oportunidades de empleo como son las cooperativas comunitarias.



Para lograr lo anterior es necesaria la implicación y el esfuerzo de todos a distintos niveles, desde el ámbito político a partir de programas de intervención social, desde el ámbito científico a partir de la realidad y la divulgación de aportes útiles para orientar la intervención, y también de los propios familiares, amigos y todas aquellas personas que mantienen relación con el Adulto Mayor. Recordemos que el sentimiento de incapacidad e inutilidad resulta ser uno de los indicadores decisivos para que se presente la depresión.

Lograr que los años que se han conseguido para prolongar la esperanza de vida y que esta sea de calidad, resulta ser el reto que tenemos pendiente y con el que todos, desde nuestro ámbito debemos sentirnos comprometidos.



## CONCLUSIONES

Esta investigación permitió analizar el nivel de depresión que presenta un grupo de Adultos Mayores del 2do. de Nuevo León.

A la aplicación de la escala (GDS) para medir la depresión en este sector de la población, se observó que los 150 entrevistados, se sitúan desde el nivel leve, al nivel severo en dicha escala, por lo que se determinó que estas personas tienden a la depresión.

Lo que reflejó esta investigación es que el Adulto Mayor presenta un mayor nivel de depresión al entrar a los 60 años que las personas de 70 y más años.

Este resultado manifiesta la crisis emocional que refleja el individuo al atravesar la categoría de anciano, lo que socialmente se relaciona con pasividad e improductividad, lo que influye considerablemente en su comportamiento, independientemente de su estado físico. Marshall (1993) señala que la falta de contribución económica de las personas mayores, hace que se les visualice como una carga económica debido a la erogación de capital, para el apoyo de programas y pago de pensiones.

Revelando que para los Adultos Mayores la edad avanzada es justamente el doble juego de la pérdida de poder social, físico e intelectual y el aumento de la dependencia en su vida futura.

En este trabajo se distinguen dos grupos: los que cuentan con ingreso fijo (pensionados) y los que dependen económicamente de algún familiar ya sea porque el trabajo que realizaron durante su vida productiva que en forma particular, como sería la agricultura, el comercio, donde no contaron con seguridad social y en el caso de las mujeres porque se dedicaron a las labores del hogar.

Lo que dio como resultado que la depresión esta presente con similares niveles de depresión tanto en los Adultos Mayores que cuentan con ingresos como los que carecen de éste.

Resultado importante verificar que los Adultos Mayores que tienen enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, reflejaron altos niveles de depresión, estableciendo que en estos individuos la depresión no es una enfermedad aislada, sino asociada a la enfermedad física, por lo que se determinó una relación directa entre enfermedad crónica y depresión. Fried (1998), señala que las enfermedades crónicas en el Adulto



Mayor originan la pérdida de la función, detectada clínicamente por la pérdida de autonomía y aparición de la dependencia, lo que limita la calidad de vida de la persona y que poco a poco reflejará una enfermedad depresiva.

En la mayoría de los textos revisados se menciona que la mujer Adulta Mayor alcanza altos niveles de depresión. En este trabajo se demostró que la depresión no distingue sexo, se presenta con igual intensidad en hombres como en mujeres de edad avanzada.

Otro aspecto importante fue que al analizar la función que ejerce la familia en el sector estudiado, mostrando que la prestación de apoyo, cuidado y atención al Adulto Mayor es limitada ya que la familia en este Estado de la República Mexicana, se está transformando, la necesidad económica, hace que los miembros con mayoría de edad, se inserten al sector productivo, dejando a los hijos al cuidado de la abuela/o quedando el Adulto Mayor como elemento estabilizador al interior del hogar, estableciéndose un apoyo tácito y recíproco.

Estrada (1995) señala que el Adulto Mayor suele integrarse a una familia extensa, donde se le adjudican tareas forzadas por su rol de: esposa, madre, suegra y abuela ofrece un nuevo horizonte en su vida, la interacción de nieto-abuelo (a) pasado y futuro se funden en el presente, dando lugar al extraordinario sentimiento de transformación, donde redefine y reintegra su propio rol.

Los Adultos Mayores que no cuentan con participación y apoyo familiar, suelen acudir a instituciones de beneficencia para cubrir sus necesidades básicas e interaccionar con sus semejantes, situación que se observó con los entrevistados del Comedor Jesús Nazareno.

En estos dos sectores de la población se podría advertir que la depresión se encuentra en proporción elevada entre los que carecen de apoyo familiar y se se deprimen por igual los que viven en familias extensas que los que viven solos. Esto puede justificarse, porque los que conviven con familiares requieren en algunos casos atender labores del hogar, situación que afecta su ya mermado estado físico.

Y a los que viven distantes de la familia, les afecta la soledad, situación que los lleva al aislamiento, ensimismamiento y a aceptar pasivamente su abandono familiar.

Se determinó que la actividad física y la asistencia a oficios religiosos son elementos que llevan a tener bajos niveles de depresión, lo que permiten al Adulto Mayor, mantener el equilibrio psico-social, verificando que cuando se ejerce la religiosidad la persona logra adaptarse y aceptar la etapa y situación que vive.

En cuanto a la actividad física que desarrolla el Adulto Mayor, se observó que se modifica su estado emocional, rompiendo el estigma que les asigna la sociedad, situación que se refleja en la dialéctica exógena-endógena, lo que equilibra su estado físico y por lo tanto retarda el proceso de envejecimiento.

Hakim (1998) en su estudio demostró que el Adulto Mayor que camina de 3.2 Kms. diarios en comparación con quien no lo hace, reduce la mortalidad a un 40.5% por 100, lo que representa una diferencia significativa y el efecto positivo que genera en la esfera bio-psico-social del Adulto Mayor.



Ante el trabajo realizado se tiene que la forma de envejecer es distinta en cada uno de los Adultos Mayores, la condición de género, economía, salud, actividad y relación familiar juegan un papel esencial en la actitud de estos individuos.

Algunos se aferran a la vida, mientras otros carecen de sentido de vida, llegando a la ideación suicida.



## BIBLIOGRAFIA

Alonso-Fernández (1988). *La depresión y su diagnóstico; Nuevo modelo clínico*. Barcelona: Edit. Labor S.A.

American Psychiatric Association, (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III-R*. Washington: Edit. American Psychiatric Association.

——— (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Edit. American Psychiatric Association.

Anzola, E. y Cols. (1994). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: OPS.

Arechiga, H. y Cereijido (1999). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. México: Edit. Siglo XXI.

Barros, C. (1989). *Condiciones de vida del que envejece, desarrollo y contexto familiar*. Santiago: Edit. Celpalc.

Bastide, R. (1981). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Edit. Siglo XXI.

Bazo, T. (1999). *Envejecimiento y Sociedad: Una perspectiva Internacional*. Madrid: Edit. Médica Panamericana.

Bianchi, H. (1992). *La cuestión del envejecimiento. Perspectivas psicoanalíticas*. Madrid: Edit. Biblioteca Nueva.

Breton, S. (1998). *La depresión*. México: Edit. Planeta.

Brink, T. (1986). *Clinical Gerontology: a guide assessment and intervention*. New York: Edit. Haworth.

Briones, G. (2003). *Métodos y Técnicas de investigación para las Ciencias Sociales*. México: Edit. Trillas, 4ª edición.

Casabella, B. (1999). *Demencias, recomendaciones SEMFYC*. Barcelona: Edit. De.

Clark, F. (1997). *Occupational therapy for independent living older adults*. E.U.A.: Edit. Jama.

CONAPO (1990). *Perfil sociodemográfico*. [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx) Consejo Nacional de Población. (página consultada el 28 de febrero 2005).

——— (1995). *Estudio sociodemográfico de la República Mexicana*. México: [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx) Consejo Nacional de Población. (página consultada 28 de febrero 2005)



\_\_\_\_\_ (2004). *La situación demográfica de México*. [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx) Consejo Nacional de población. (pagina consultada 28 de febrero 2005).

D'Art, P., Katona, P., Mullan, E., et al. (1994). *Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders: The acceptability and performance of the 15 ítem geriatric depression scale (GDS 15) and the development of shorter versions*. Fam Pract. 11: 260-266.

Durante, I.. (2001), *Ética de la medicina actual* México: Seminario: El ejercicio actual de la Medicina. UNAM.

Estrada, L. (1995). *El ciclo vital de la familia*. México: Edit. Posada.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Edit. Pirámide

Ferrán, M. (2001). *SPSS para Windows; análisis estadístico*. Madrid: Edit. Mc Graw Hill.

Fried, L. (1998). *Risk factors for 5 year mortality in older adults*. The cardiovascular healt study, U.S.A: Edit. Jama.

García, J. (2003). *La vejez*. México: Edit. Plaza y Valdés.

Geist, H. (1977). *Psicología y Psicopatología del envejecimiento*. Buenos Aires: Edit. Paidos.

González, B. Y Pantoja, J, (1992). *Representación social de la vejez*. Fundamentos y crónicas de la Psicología Social Mexicana, N°5 (8 y 9) 1992. 73-88.

Hakim, A. (1998). *Effects of walking on mortality among nonsmoking retired men*. New England: J.M.

Ham-Chande, R. (2004). *Cambios y perspectivas en la salud frente al envejecimiento*. Coloquio Políticas sociales sectoriales. UANL. 19-20 agosto, México.

Heinze, G. (2005). *Programa específico de depresión*. Servicios de Salud Mental. Secretaria de Salubridad y Asistencia. México. [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx) (página consultada el 18 de febrero 2005).

Hornstein, L. (2006). *Las depresiones. Afectos y humores del vivir*. Buenos Aires: Edit. Paidos.

Hernández, R. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Edit. Mc. Graw Hill.

INEGI (1990). *XI Censo General de Población y Vivienda*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.



———— (1996). Informe de 1996, 1997. *La Tercera edad en México*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

———— (2000). *XII Censo general de Población y vivienda 2000*. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. <http://www.inegi.gob.mx> ( página consultada 18 febrero 2005).

———— (2003). *Estadísticas demográficas de Nuevo León 2003*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. <http://www.inegi.gob.mx> (página consultada 18 febrero 2005).

Kerlinger, F. (1986). *Investigación del comportamiento; Métodos De investigación en ciencias sociales*. México: Edit. Mc Graw-Hill.

Kinsella (1990) *Living Arrangements of the Elderly and Social Policy : A cross-National Perspective*. Washington, D.C.: Center for International Research.

Krassoievitch, M. (1988). *Demencia presenil y senil*. México: Edit. Salvat.

Langarica, R. (1986). *Gerontología y Geriatria*. México: Edit. Interamericana.

Loo, H. Y Gallarda, T. (2001). *La enfermedad depresiva*. México: Edit. Siglo XXI.

López, J. (2001). *Índices depresivos*. [www.cnnespañol.com](http://www.cnnespañol.com) (página consultada el 18 feb. 2005).

Lorraine, B. (1986). *Psicología evolutiva*. México: Edit. Interamericana.

Lozano, A. (1992). *Introducción a la geriatría*. México: Edit. Méndez.

Marshall, V. y Cook F. (1993). *Conflict over intergenerational equity*. New York: Edit. Aldine.

Neugarten, B. (1990). *Age old and the young in modern societies*. Londres: Edit. Sage

Papalia, D. (2001). *Desarrollo humano*. Colombia: Edit. Mc. Graw Hill.

Pardinas, F. (1998). *Metodología y Técnicas de la Investigación en Ciencias Sociales*. México: Edit. Siglo XXI.

Kerlinger F. (1986). *Investigación del comportamiento; Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. México: Edit. Mc. Graw.Hill

Ramos, Ja., Montejo, I., Lafuente, R., et al. (1991). Valoración de la escala criba geriátrica para la depresión. *Actas Luso Españolas Neurología Psiquiatría*. 19: 174-177.

Raj, A. (2000). *Depresión en el anciano*. E.U.A. : Universidad de Florida.



- Reichel, W. (1981). *Aspectos clínicos del envejecimiento*. Argentina: Edit. El ateneo.
- Reyes, L. (2002). *Envejecer en Chiapas: Etnogerontología Zoque*. México: Enach.
- Riveiro, M. (2002). Vejez, familia y Política Social. *Perspectivas Sociales*. Vol. 4 (1), Otoño 147-168.
- Rodríguez, L. (2000). *Envejecimiento y enfermedad. Manifestaciones y consecuencias*. en Gerontología Social. Cap. 5. Madrid: Ediciones Pirámide
- Ruipérez, I. (1998). *El paciente anciano*. Madrid: Edit. Mc Graw Hill Interamericana.
- San Román, T. (1990). *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona: Edit. Fundación Caixa.
- Simón, M. (1993). *Psicología de la Salud; aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Edit. Pirámide S.A.
- Stassen, K. (2001). *Psicología del desarrollo adultez y vejez*. Madrid: Edit. Panamericana.
- Van Gigch, J. (2003). *Teoría General de Sistemas*. México: Edit. Trillas. Novena reimpresión.
- Warner, K. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Edit. Pearson prentice Hall.
- Wolman, B. (1984). *Diccionario de las ciencias de la conducta*. México: Edit. Trillas.
- Yesavage, J. (1983). [http://: www.stanford.edu~yesavage/GDS.html](http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html) (página consultada el 18 de septiembre 2004).
- Zax, M. ( 1983). *Psicopatología*. México: Edit. Interamericana.



ANEXOS:

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Solicito su colaboración para que conteste las siguientes preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Nº de cuestionario \_\_\_\_\_

I Datos generales

- 1.- Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_
- 2.- Edad \_\_\_\_\_
- 3.- Sexo \_\_\_\_\_
- 4.- Estado civil \_\_\_\_\_
- 5.- Ocupación durante la vida activa \_\_\_\_\_
- 6.- ¿A que edad dejó de trabajar? \_\_\_\_\_
- 7.- Ocupación actual \_\_\_\_\_
- 8.- Escolaridad \_\_\_\_\_
- 9.- Religión \_\_\_\_\_
- 10.- ¿Usted ve o escucha algún programa religioso? \_\_\_\_\_  
1) si                      2) no
- 11.- ¿Asiste a oficios religiosos? \_\_\_\_\_  
1) de 1 a 3 veces por semana                      2) de 4 a 7 veces por semana  
3) 1 vez por mes                      4) no asiste
- 12.- ¿Con quien vive Usted? \_\_\_\_\_

Parentesco	Edad

II Servicio Médico

- 13.- Cuenta con servicio médico en: \_\_\_\_\_  
1) IMSS                      2) ISSSTE                      3) ISSSTELEON  
4) SSA                      5) HOSPITAL UNIVERSITARIO  
6) MED. PRIVADO                      7) Otros especifique: \_\_\_\_\_
- 14.- ¿Tiene alguna enfermedad (es) por la cual asista a control médico? \_\_\_\_\_  
1) si                      2) no (respuesta negativa pasa a preg. 15)
- 15.- ¿Que enfermedad (es) tiene Ud.? \_\_\_\_\_
- 16.- ¿Que medicamento (s) toma Ud.? \_\_\_\_\_
- 17.- ¿Cuantos kilos pesa aproximadamente? \_\_\_\_\_

III Actividades



18.- ¿Que hace en su tiempo libre?

19.- ¿Cuál es su actividad favorita?

20.- ¿Realiza ejercicio?

1) si 1a 2 veces por semana o menos de 30 mins. Por día.

2) si 3 o más veces a la semana

3) no (respuesta negativa pasa a preg. 20)

21.- ¿Que tipo de ejercicio realiza?

#### IV Hábitos

22.- ¿Fuma Usted?

1) si 2) no (respuesta negativa pasa a preg.24)

23.- ¿Cuántos cigarrillos fuma durante el día?

24.- ¿Cuántas comidas hace al día?

#### V Autonomía/Dependencia

25.- ¿Cuenta Ud. con ingreso económico fijo, producto de jubilación, pensión, aseguradora, rentas u otros?

1) si 2) no (respuesta negativa pasa a preg. 25)

26.- ¿Administra Ud. su propio dinero?

1) si 2) no

27.- ¿Algún familiar le apoya económicamente?

1) si 2) no

28.- ¿Necesita que alguien le ayude en su aseo personal o para trasladarse dentro de su casa?

1) si 2) no (respuesta negativa pasa a Escala Yesavage)

29.- ¿Quien le ayuda?

#### VI Escala Yesavage

1.- ¿Se siente satisfecho con su vida?

1) si 2) no

2.- ¿Ha bajado el interés por su trabajo y actividades?

1) si 2) no

3.- ¿Piensa que su vida esta vacía y sin provecho?

1) si 2) no

4.- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?

1) si 2) no

5.- ¿Frecuentemente se encuentra aburrido?

1) si 2) no

6.- ¿Tiene miedo de que le pase algo pronto?

1) si 2) no

7.- ¿Se encuentra feliz la mayor parte del tiempo?

1) si 2) no

8.- ¿Tiene la sensación de que es incapaz de realizar alguna cosa?

1) si 2) no

9.- ¿Prefiere permanecer en la casa a la calle o pasear?

1) si 2) no

10.- ¿Piensa que tiene problemas con su memoria?

1) si 2) no

11.- ¿Cree que la vida es bonita y es bello vivir?

1) si 2) no

12.- ¿Tiene la sensación de que no tienen valor las cosas que hace?

1) si 2) no



13.- ¿Tiene la sensación de tener su energía agotada?

1) si                      2) no

14.- ¿Piensa que su situación es desesperada?

1) si                      2) no

15.- ¿Cree que las demás personas tienen mejor suerte que Usted?

1) si                      2) no

**¡ Gracias por su colaboración !**

Fecha:

Lugar donde se realizó la entrevista:





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
Facultad de Trabajo Social

Lic. Fernando Ancira Flores  
Delegado Estatal INAPAM N.L.  
Presente.-

Estimado Lic. Ancira:

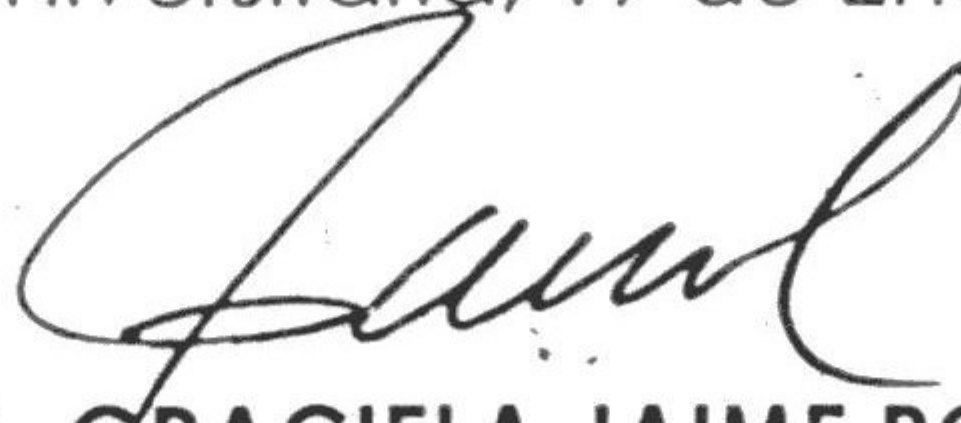
Por este conducto, quien suscribe, hace constar que la Lic. Juana Araceli Aparicio Briseño, con número de matrícula 1266372, es alumna regular de esta Dependencia, actualmente cursa el cuarto semestre del Programa de Maestría en Ciencias con Orientación en Trabajo Social está realizando su investigación-tesis titulada: "Depresión en el adulto mayor" asesorada por la Dra. Guillermina Garza Treviño.

Solicitamos a Usted, de la manera más atenta proporcione las facilidades necesarias a la Lic. Aparicio para que pueda realizar su estudio, evidentemente, tanto la Lic. Aparicio como nuestra Institución, nos comprometemos a manejar la información que se recopile con discreción, responsabilidad y profesionalismo garantizando el anonimato de quienes participen.

Agradeciendo de antemano sus atenciones, aprovecho para enviarle un cordial saludo.

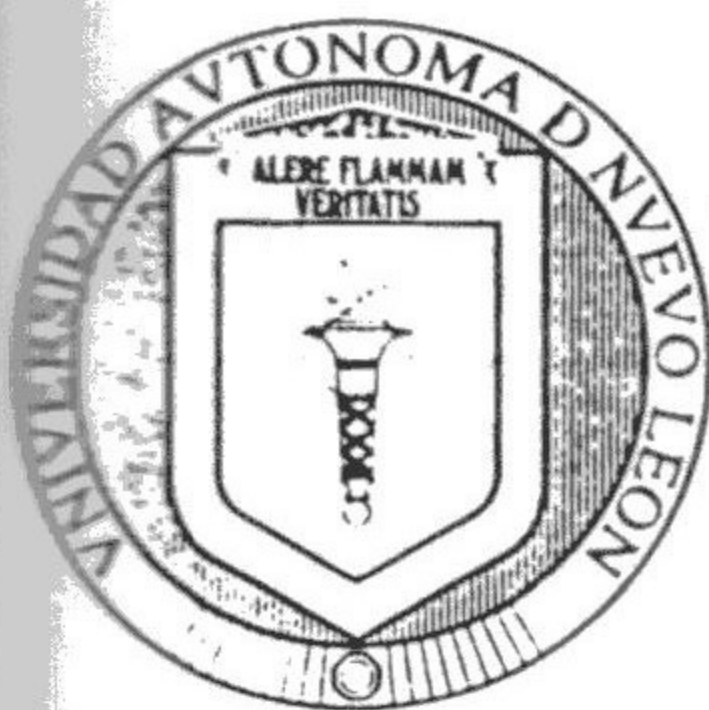
Atentamente  
"Alere Flammam Veritatis"

Cd. Universitaria, 19 de Enero de 2005

  
**MTS. GRACIELA JAIME RODRÍGUEZ**  
Subdirectora de la División de  
Estudios de Posgrado







UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
Facultad de Trabajo Social

P. José Abramo Torres  
Parroquia Jesús Nazareno  
P r e s e n t e .-

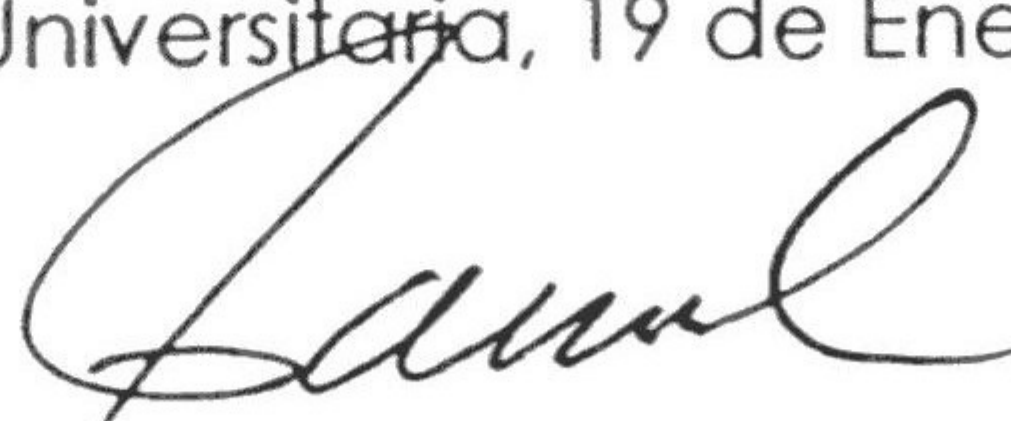
Estimado P. Abramo:

Por este conducto, quien suscribe, hace constar que la Lic. Juana Araceli Aparicio Briseño, con número de matrícula 1266372, es alumna regular de esta Dependencia, actualmente cursa el cuarto semestre del Programa de Maestría en Ciencias con Orientación en Trabajo Social está realizando su investigación-tesis titulada: "Depresión en el adulto mayor" asesorada por la Dra. Guillermina Garza Treviño.

Solicitamos a Usted, de la manera más atenta proporcione las facilidades necesarias a la Lic. Aparicio para que pueda realizar su estudio, evidentemente, tanto la Lic. Aparicio como nuestra Institución, nos comprometemos a manejar la información que se recopile con discreción, responsabilidad y profesionalismo garantizando el anonimato de quienes participen.

Agradeciendo de antemano sus atenciones, aprovecho para enviarle un cordial saludo.

Atentamente  
"Alere Flammam Veritatis"  
Cd. Universitaria, 19 de Enero de 2005

  
**MTS. GRACIELA JAIME RODRÍGUEZ**  
Subdirectora de la División de  
Estudios de Posgrado



